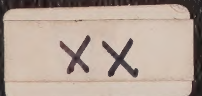


COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR
LES SERVICES DE SANTÉ

Les services de santé communautaires organisés



J. E. F. HASTINGS

1964

John E. [illegible]. Hastings



COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ

LES SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES ORGANISÉS

J.E.F. Hastings
W. Mosley

La publication de la présente étude par la Commission royale d'enquête sur les services de santé ne signifie pas nécessairement que les commissaires acceptent toutes les déclarations et toutes les opinions qui y sont contenues.

En vente chez l'Imprimeur de la Reine à Ottawa,
et dans les librairies du Gouvernement fédéral
dont voici les adresses:

OTTAWA
Édifice Daly, angle Mackenzie et Rideau

TORONTO
221, rue Yonge

MONTRÉAL
Édifice Æterna-Vie, 1182 ouest, rue Ste-Catherine

WINNIPEG
Édifice Mall Center, 499, avenue Portage

VANCOUVER
657, rue Granville

ou chez votre libraire.

Des exemplaires sont à la disposition des intéressés
dans toutes les bibliothèques publiques du Canada.

Prix $3.50 N° de catalogue Z1–1961/3–1/13F

Prix sujet à changement sans avis préalable

ROGER DUHAMEL, M.S.R.C.
Imprimeur de la Reine et Contrôleur de la Papeterie
Ottawa, Canada
1967

TABLE DES MATIÈRES

DEUXIÈME PARTIE. Les autres provinces

CHAPITRE VI – RÉSUMÉ DES FAITS DANS LES AUTRES PROVINCES ET COMMENTAIRES DES PROVINCES

Page

Page

APPENDICES

APPENDICE I – ÉTUDE SUR LES LIEUX DANS LA VILLE DE PETERBOROUGH

Page

APPENDICE II – ÉTUDE FAITE SUR PLACE DANS LE COMTÉ DE HURON

Page

APPENDICE III – ÉTUDE FAITE SUR PLACE DANS LA RÉGION DE TIMISKAMING

PRÉFACE

PORTÉE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Au cours des années, on a établi, au Canada, toute une gamme d'installations et de services de santé de caractère local. A quelques exceptions près, on a tenu chaque fois à dresser des programmes séparés destinés à répondre à des besoins déterminés, mais sans se soucier suffisamment de les coordonner avec d'autres services ou avec l'ensemble des services de santé de caractère local. Il en résulte que, dans une même localité, les services et les installations peuvent être assurés par des organismes qui relèvent des gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux par toutes sortes d'organisations laïques et religieuses à caractère bénévole et par des organismes privés. A une époque où la science et la technologie médicales ainsi que les changements socio-économiques ont favorisé la multiplication rapide de régimes et de services de santé, on s'interroge de plus en plus sur les effets du manque considérable de coordination qu'on relève dans les services de santé de caractère local. Le chevauchement de services qui en résulte dans certaines régions, les lacunes que l'on déplore ailleurs, l'utilisation peu économique du personnel spécialisé et d'installations complexes ainsi que la tendance à négliger l'évaluation régulière et objective des services existants empêchent de grouper ceux-ci en vue d'améliorer en définitive la santé de nos concitoyens.

Le but général de cette publication est d'observer et d'étudier les services de santé de caractère local, tout en émettant des suggestions à leur sujet, que ces services soient de création publique ou privée, ou de caractère mixte. Cette étude embrasse donc le service public de santé ou les unités sanitaires, les hôpitaux et les établissements connexes, les services de réadaptation, d'hygiène mentale, de soins à domicile, d'ambulances, les services de santé pour les vieillards et les organismes de santé privés. L'étude s'étend aussi au travail des omnipraticiens et des dentistes, et aux services publics ou privés d'assistance, dans la mesure où ils contribuent à assurer réellement les services de santé organisés. En dernier lieu, il nous faut considérer les rapports qui existent entre les services de santé à caractère local et ceux qui sont institués par les gouvernements provinciaux et fédéral.

Cette étude a pour objet les cinq points précis qui suivent:

1. Exposer la situation actuelle des services de santé à caractère local.
2. Déterminer l'ampleur et la nature des services de ce genre dont on a besoin actuellement.
3. Faire des recommandations en vue de l'expansion future des services de santé de caractère local.
4. Suggérer des moyens d'assurer une meilleure coordination dans la planification et l'institution des services de santé de caractère local.
5. Préconiser des moyens en vue d'améliorer la coordination entre les services de santé de caractère local et les autres services de santé et d'assistance.

MÉTHODE EMPLOYÉE

On a fait des études sur place de l'ensemble des services de santé dans quatre localités de l'Ontario. Ces localités ont été choisies comme quatre spécimens différents: une grande agglomération urbaine[1], une ville d'importance moyenne[2], une région rurale qui comprend de petits villages[3], et une région semi-isolée[4]. Nous ne prétendons pas que ces localités représentent une "moyenne" ou un "type" au sens qu'on donne à ces termes dans le domaine de la recherche. Nous n'avons pu faire que quatre études sur place en raison du personnel restreint, du peu de temps et d'argent dont nous disposions. Nous croyons néanmoins que, de façon générale, elles serviront à faire ressortir les genres de problèmes qui surgissent lors de la création de services de santé organisés dans des endroits de genre différent.

Trois de ces études ont consisté en des visites soit à des personnes, soit à des organismes tels que le service public de santé ou l'unité sanitaire, les membres du bureau localde santé, le secrétaire-trésorier municipal, les hôpitaux, les directeurs des sociétés locales de médecins et, le cas échéant, des dentistes, des agents gouvernementaux du bien-être social, les organisations privées de santé et de service social, les aménagements et services pour groupes spéciaux, comme, par exemple, les vieillards et les personnes qui ont besoin de réadaptation, les directeurs d'école, et autres personnes reconnues pour leur jugement et leurs connaissances.

Dans le cas de l'agglomération urbaine de Toronto, il a fallu modifier notre méthode en raison du grand nombre d'organismes tant gouvernementaux que privés qui assurent les services de santé de la région. Nous avons fait des visites spéciales aux services gouvernementaux de santé et aux unités sanitaires; puis nous

[1] L'agglomération urbaine de Toronto.
[2] La ville de Peterborough.
[3] Le comté de Huron.
[4] La région de Timiskaming.

avons consulté des recueils de renseignements ainsi que des personnes qui connaissent bien la région. Dans l'étude de la situation à Toronto, nous n'avons exposé que le travail des services locaux de santé publique, car il existe déjà une documentation considérable qui a été publiée sur d'autres services de santé et d'assistance de l'agglomération urbaine de Toronto.

Le rapport détaillé des études sur place ainsi que les remarques qui s'y rattachent directement ont été insérés en appendices, parce qu'ils ont pour objet principal d'illustrer la situation[1]. Dans le corps de l'étude, on ne rencontrera que de brefs exposés sur les divers services de santé organisé de caractère local, ainsi qu'une analyse des problèmes et des solutions qui ont trait à l'établissement actuel et futur de ces services[2]. Un certain nombre de recommandations qui découlent de nos constatations sont présentées soit à l'occasion de l'analyse que nous avons faite de services de santé particuliers, soit aussi, sous forme abrégée, au chapitre V[3]. La principale recommandation au sujet de l'administration, dont il est souvent question dans les trois premiers chapitres, est exposée de façon très détaillée au chapitre IV[4].

En raison du personnel restreint, du peu de temps et d'argent dont nous disposions, et aussi pour ne pas faire de comparaisons qui n'auraient pas manqué d'être boiteuses si notre étude avait porté sur des endroits de provinces différentes, il a été décidé d'effectuer les études sur place dans une seule province, l'Ontario. Ainsi, malgré la différence considérable qu'il peut y avoir d'une province à une autre dans les structures administratives particulières que l'on adopte pour donner un service déterminé, on part de l'hypothèse selon laquelle les principaux genres de services organisés dans des endroits de même importance et de même nature se ressemblent passablement. Quelle que soit la structure administrative, il y a des questions et des problèmes de planification, d'organisation, de recrutement de personnel, de financement et de coordination.

Nous avons adressé un premier rapport sur la situation et les problèmes qui existent en Ontario, accompagné de suggestions préliminaires, à chacun des sous-ministres provinciaux de la santé, ainsi qu'à l'administrateur principal du régime d'hospitalisation de toutes les provinces où l'administration du régime d'hospitalisation provincial ne relève pas du ministère provincial de la santé. La lettre de présentation exposait l'objet de l'étude et soulignait le fait que les auteurs savent très bien que les différences qui existent dans les structures administratives des services de santé publique et d'autres services modifient certains problèmes et les solutions qu'il faut y apporter. Nous les invitions à exprimer leurs remarques sur les problèmes, les solutions et les suggestions exposés dans le rapport préliminaire puisqu'ils pouvaient, ou non, s'appliquer à d'autres provinces que l'Ontario. Nous affirmions également que toutes ces remarques garderaient l'anonymat.

---

[1] Appendice I, Peterborough, pp. 219-277. Appendice II, comté de Huron, pp. 279-334, Appendice III, région de Timiskaming, pp. 335-379, Appendice IV, agglomération urbaine de Toronto, pp. 381-402.
[2] Première partie, chap, I-III, pp. 13—86.
[3] Chapitre V, pp.95—112.
[4] Chapitre IV, pp. 87—93.

De plus, chaque sous-ministre a reçu un exposé sommaire des services de santé organisés de caractère local qui existent dans sa province, exposé qu'on avait préparé à l'aide de documents qu'on peut consulter. Nous les avons priés de compléter ou de corriger cet exposé afin d'obtenir un tableau exact et précis de l'ensemble des services de chaque province. Par la suite, les auteurs ont ajouté des points concrets à l'exposé des services afin de le rendre plus complet. On trouvera ces exposés au chapitre VI de cette étude[1], ainsi que les remarques qui nous ont été addressées sur la possibilité de tenir compte des constatations et des suggestions de l'étude dans les autres provinces.

Enfin, nous avons aussi envoyé le rapport préliminaire à certaines personnes choisies en dehors des cadres administratifs des diverses provinces afin de recevoir leurs remarques. Ces remarques, dont on a gardé l'anonymat, se trouvent également au chapitre VI[2].

Malgré des réserves évidentes au sujet des méthodes de l'étude, les réponses, en général chaleureuses et franches de nos collègues des autres provinces, indiquent que, au départ, notre hypothèse était fondée. Il y a des différences marquées, au point de vue administratif, d'une province à une autre, mais un grand nombre de problèmes et de solutions, sinon la plupart, leur sont communs. Dans les réponses, on a indiqué des différences générales d'administration, et, dans beaucoup de cas, on a fait des remarques précieuses sur notre suggestion principale concernant l'administration, et sur un grand nombre de suggestions au sujet d'un programme particulier. *Nous sommes fermement persuadés cependant qu'il serait souhaitable d'effectuer des études semblables dans chacune des autres provinces.*

Après avoir étudié les structures des services de santé de caractère local des provinces autres que l'Ontario, et les remarques reçues, nous exposons, au chapitre VII[3], quelques remarques générales uniquement sur les suggestions qui concernent l'Ontario, selon qu'il y a lieu, ou non, d'en tenir compte pour les autres provinces.

REMERCIEMENTS PARTICULIERS

Une étude comme celle-ci suppose la collaboration et l'aide de maintes personnes. Sous le rubrique "Remerciements"[4], nous avons dressé une liste de celles qui nous ont aidées. De simples mots ne suffisent pas à exprimer la reconnaissance que nous devons à chacun d'eux.

Nous voulons, en particulier, remercier l'Université de Toronto et la Direction du service d'hygiène de East York-Leaside, qui nous ont permis d'entreprendre ce travail. Nous devons aussi une reconnaissance spéciale au Dr Robert Aldis, directeur et médecin du Service d'hygiène du comté de Huron, au Dr James Anderson,

---

[1] Chapitre VI, pp. 115–212.
[2] *Ibid.*
[3] Chapitre VII, pp.213–215.
[4] Voir "Remerciements", p. 403.

médecin-hygiéniste de la ville de Peterborough et au D[r] Ross Harris, directeur et médecin du Service d'hygiène de Timiskaming, qui nous ont aidés non seulement dans l'étude de leurs propres programmes, mais qui ont également fait les préparatifs nécessaires aux trois études sur place en dehors de l'agglomération urbaine de Toronto. Leurs conseils nous ont facilité la tâche, et leur hospitalité l'a rendue beaucoup plus agréable.

Plusieurs de nos collègues de l'Université de Toronto nous ont fait généreusement profiter de leur expérience, de leurs conseils et de leur temps, en acceptant de lire les diverses ébauches de certaines parties de ce rapport, et en nous faisant leurs remarques. Nous voulons exprimer notre reconnaissance en particulier au D[r] A.J. Rhodes, directeur de l'École d'hygiène, aux professeurs M.H. Brown, directeur du Département d'hygiène publique, W.H. leRiche, directeur du Département d'épidémiologie et de biométrie, F.B. Roth, directeur du Département d'administration hospitalière, J.S. Morgan, professeur d'assistance sociale à l'École d'assistance sociale, E.M. Stuart, professeur d'administration hospitalière, C.W. Schwenger, professeur adjoint d'hygiène publique, S.A. MacGregor, professeur de pédodontie à la Faculté dentaire, K.C. Clute, directeur des recherches au Département d'hygiène publique et C.C. Love, professeur d'anglais au Collège Victoria de l'Université de Toronto.

M[me] I. Allward, secrétaire du Département d'hygiène publique, nous a fourni une aide précieuse et nous a donné des conseils utiles sur ce qu'il fallait faire du cours de cette étude. Nous devons également remercier Mlle G. Weaver, secrétaire du projet, et Mlle S. McCausland d'avoir dactylographié les divers brouillons et d'avoir adopté une attitude pleine de compréhension et de patience devant les difficultés que comporte l'exécution d'une telle étude.

Enfin, nous voulons remercier le professeur B.R. Blishen et ses collègues du personnel de recherche de la Commission royale d'enquête sur les services de santé, des conseils et de l'appui qu'ils nous ont donnés.

Nous voulons souligner que nous sommes seuls responsables des commentaires et des suggestions contenus dans cette étude. Nous espérons que ceux qui nous ont aidés et ceux qui nous liront nous excuseront si, par mégarde, il s'était glissé des erreurs ou des omissions dans notre étude.

John E.F. Hastings, M.D., D.P.H.
William Mosley, M.D., D.P.H.

Le 28 février 1963

INTRODUCTION —
HISTORIQUE DES SERVICES DE SANTÉ LOCAUX ORGANISÉS AU CANADA[1]

PÉRIODE COLONIAL

Dès les premières années de la colonisation du Canada par l'Europe, on dut faire face à des problèmes de santé qui résultaient du régime alimentaire, tels que le scorbut, et à des épidémies, telles que la petite vérole. De temps à autre, on promulgua des ordonnances dans le but d'enrayer ces maladies. En 1707, par exemple, on édicta une loi pour surveiller la vente de la viande au Québec, et, vers la même époque, on publia également d'autres ordonnances sur la propreté des rues et des logements. En 1721, on établit une station de quarantaine à l'Île-aux-Coudres. Cependant l'apparition périodique des épidémies et des problèmes d'hygiène alimentaire entraînait toujours souffrances et décès chez les colons et chez les Indiens.

Sous les auspices de communautés religieuses catholiques, des hôpitaux furent fondés pour soigner les malades et les blessés. Le premier de ces hôpitaux fut l'Hôtel-Dieu de Québec, en 1639. Il y eut ensuite l'Hôtel-Dieu de Montréal, fondé en 1644. En 1714, on construisit à Quebec deux petits bâtiments pour les aliénés, et, plus tard, on créa des services limités à Montréal. On croit qu'un certain nombre d'aliénés furent renvoyés en France. On sait que des médecins du bord et des apothicaires faisaient partie des premiers groupes à venir au Canada. Il semble que le premier chirurgien-apothicaire à se fixer au Canada a été Louis Hébert qui vint s'installer à Quebec en 1617 comme médecin et chirurgien, et qui se rendit également célèbre comme premier fermier à demeurer au pays[2].

---

[1] A moins d'indication contraire, les renseignements d'ordre historique présentés dans ce chapitre ont été puisés dans les ouvrages suivants: John J. Heagerty, *Four Centuries of Medical History in Canada.* Toronto: *The Macmillan Company of Canada Limited,* 1928. Peter H. Bryce, *"The Story of Public Health in Canada", A Half Century of Public Health,* éd. Mazyck P. Ravenel, New York: *American Public Health Association,* 1921, p. 56. *The Federal and Provincial Health Services in Canada,* éd. R.D. Defries (2e éd. revisée). Toronto: *Canadian Public Health Association,* 1962. Canada, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique, *The Administration of Public Health in Canada,* Health Care Series, mémoire no 3, 1958.

[2] Il passa l'hiver de 1606-1607 à Port Royal, en Acadie, qui fait maintenant partie de la Nouvelle-Écosse.

Signalons aussi que, dès 1608, on exigea l'inscription dans les registres de chaque paroisse, des naissances, des mariages et des décès, et qu'à partir de 1667 on envoyait une copie de ces actes au Juge Royal.

Sous le régime colonial anglais, on se soucia peu des services de santé organisés de caractère local. Il en fut ainsi jusqu'au début de XIX[e] siècle. Dans certains centres urbains, on mit périodiquement en vigueur des règlements généraux sur la propreté et la vente des produits alimentaires. Peu à peu, d'autres hôpitaux furent fondés, soit par des communautés religieuses, soit par des laïcs. Les médecins, de compétence diverse, étaient peu nombreux et répartis dans des endroits éloignés les uns des autres. En dehors des localités importantes, beaucoup de personnes naissaient, vivaient et mouraient sans savoir aucun recours aux soins de bons médecins. A partir de 1761, on exigeait, en Nouvelle-Écosse, l'inscription dans les registres, des naissances, des mariages et des décès. Une loi sur la quarantaine pour le port de Halifax fut adoptée au cours de la même année. En 1795, on promulgua une loi au Bas-Canada qui permettait la mise en quarantaine des navires. On sait qu'en 1801–1802 des médecins de Québec et de Yarmouth donnaient des vaccinations contre la variole, avec une lymphe vaccinale qu'on faisait venir d'Angleterre. En 1821, un Institut vaccinogène fut fondé au Bas-Canada. Toutefois, la vaccination ne se généralisa que plusieurs années plus tard. La variole et d'autres maladies épidémiques continuaient de faire des ravages dans les colonies en voie de développement.

L'apparition d'une grave épidémie de choléra en 1832, après l'arrivée d'un fort contingent d'immigrants irlandais qui cherchaient à échapper à la famine et aux terribles conditions de vie de leur propre pays, fut l'occasion des premières mesures générales d'hygiène publique. Les ports ne possédaient pas les installations nécessaires pour faire face à l'affluence de malades et d'agonisants, et les hôpitaux et les médecins furent vite débordés. L'épidémie se répandit rapidement parmi les habitants de la colonie. On établit un bureau d'hygiène à Québec et une station maritime de quarantaine, à Grosse-Île, dans le voisinage. Les parlements du Bas-Canada, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, du Haut-Canada et de Terre-Neuve adoptèrent, en 1832–1833, une législation visant à établir des bureaux d'hygiène locaux[1] afin d'enrayer l'épidémie. Mais ces bureaux n'étaient pas permanents et, une fois l'épidémie passée, leur activité cessa.

Une manifestation de typhus en 1847 et une autre épidémie de choléra en 1849 incitèrent le nouveau parlement des provinces unies du Haut et du Bas-Canada à établir un bureau central d'hygiène. Aux termes de la législation, le chef municipal de tout endroit designé par proclamation était autorisé à former un bureau local d'hygiène. Ce bureau devait à son tour désigner un médecin-hygiéniste dont la fonction serait de combattre l'épidémie. Comme dans les cas précités, on considéraient ces mesures comme des mesures d'urgence que l'on devait mettre en vigueur seulement en cas d'épidémie ou de menace d'épidémie.

---

[1] En 1833, par exemple, un bureau de santé fut établi pour Toronto et ses environs.

Peu à peu certaines villes, comme Québec en 1840, établissaient des bureaux permanents. A la suite d'autres épidémies sérieuses de choléra, en 1854 et 1865, plusieurs bureaux locaux continuèrent à fonctionner, mais la plupart cessèrent une fois la menace passée.

A l'époque de la Confédération, en 1867, le problème principal dans le domaine de l'hygiène publique au Canada était les épidémies périodiques de maladies infectieuses telles que le choléra, le typhus et la variole. Le principal et unique moyen d'enrayer ces épidémies consistait à mettre les navires en quarantaine. On institua également des services rudimentaires pour ceux que l'épidémie frappait et pour assurer l'enterrement convenable des morts. En dehors de ces cas, on considérait l'hygiène publique comme une affaire purement locale qui se limitait à l'enlèvement des ordures, à la supression des odeurs nauséabondes et à l'institution de services médicaux essentiels pour les pauvres. La préoccupation de mettre en vigueur ces simples mesures variait considérablement d'une localité à l'autre.

Peu à peu, des communautés religieuses ou des laïcs fondèrent des hôpitaux privés dans les plus grands centres. Ces hôpitaux étaient principalement pour les pauvres, et on les considérait comme un dernier refuge en raison du taux élevé de mortalité parmi leurs malades. La chirurgie, même dans les meilleures conditions, comportait des risques très graves; à l'hôpital il y avait, en plus, le danger d'une infection postopératoire. Il n'y avait pas d'infirmières compétentes, et ceux qui pouvaient le faire se procuraient des soins à domicile.

Dans le Bas-Canada on confiait le soin des aliénés à des communautés religieuses et à des familles qu'on s'engageait à payer par contrat. En d'autres endroits, on les soignait au début dans les hospices pour les pauvres et dans les prisons. En 1841, on utilisa à cette fin la vieille prison de Toronto, et, plus tard, une partie des anciens bâtiments du Parlement. On construisit une première maison d'aliénés en 1850, et plusieurs autres au cours de la décennie suivante. Des maisons d'aliénés furent construites en 1845 à St-Jean (Terre-Neuve), en 1847 près de Charlottetown, en 1848, à Saint-Jean (Nouveau-Brunswick) et, en 1857 près de Halifax. Ces établissements constituaient une certaine amélioration par rapport à la première formule improvisée des prisons et des hospices pour les pauvres; mais les conditions étaient généralement pénibles, et les soins consistaient à séquestrer et à surveiller les malades. Ici et là, des directeurs avertis, tels que le Dr Joseph Workman, à Toronto, réussissaient à introduire des réformes pour améliorer certains aspects plus pénibles des soins donnés.

FIN DU DIX-NEUVIÈME ET DÉBUT DU VINGTIÈME SIÈCLES

L'Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867, qui créait le Dominion du Canada, comportait peu de points précis sur les questions de santé. Aux termes des articles 91 et 92 "la quarantaine, l'établissement et le maintien des hôpitaux de la marine" incombaient au gouvernement fédéral, tandis que les provinces pouvaient légiférer sur "l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province autres que

les hôpitaux de marine''. Les interprétations subséquentes de la Constitution remettaient aux provinces la plus grande part de la responsabilité des mesures et des services de santé.

Au milieu et vers la fin du XIXe siècle, il y eut un changement radical dans les connaissances humaines sur les causes des maladies et dans la mise sur pied de services de santé de caractère local. Au cours des premières années de la révolution industrielle en Grande-Bretagne, on se préoccupa de plus en plus, d'une part, des conditions de vie effroyables des ouvriers dans les villes industrielles, et d'autre part, des pertes affolantes de vies humaines et de la productivité industrielle. Cette révolution coïncidait également avec le renouveau religieux et l'oeuvre des grands réformateurs tels que Wilberforce. En 1842 le ''Rapport sur la condition hygiénique de la population ouvrière en Grande-Bretagne'', par Edwin Chadwick, présenté aux Communes, souligna en termes dramatiques les conditions terribles dans lesquelles vivaient les pauvres, et leur niveau de vie nettement inférieur à celui de la classe moyenne et des classes plus fortunées de la société. Ce rapport eut pour effet l'adoption de diverses mesures concernant la santé publique et celles-ci aboutirent finalement à l'établissement d'une autorité centrale chargée de la santé qui, à son tour, confia aux autorités locales de chaque municipalité les questions de la santé publique. Le point culminant de ce mouvement fut l'adoption de la Loi anglaise sur la Santé publique, de 1875.

Cette loi du Royaume-Uni sur la santé publique exerça une influence très nette sur le Canada. Chaque province, à commencer par l'Ontario en 1884, adopta une loi sur la santé publique inspirée essentiellement de la loi britannique. Ces lois exigeaient que chaque municipalité institue un bureau de santé local, et nomme un médecin-hygiéniste et un inspecteur d'hygiène. Au fur et à mesure que les provinces de l'Ouest grandissaient, elles adoptèrent, elles aussi, des lois sur la santé publique. Auparavant, quelques-unes des plus grandes villes avaient nommé des médecins-hygiénistes, généralement à titre temporaire, comme elles avaient établi des bureaux de santé, également de façon provisoire, pour enrayer les épidémies. Aux termes de la nouvelle législation, ces institutions avaient un caractère permanent. On mettait surtout l'accent sur la lutte contre les maladies contagieuses, l'assainissement du milieu et les soins médicaux à assurer aux pauvres.

Au cours de la dernière partie du XIXe siècle, il y eut également les grandes découvertes de Pasteur et d'autres après lui. Le travail de ces pionniers entraîna, au cours des années suivantes, l'élaboration de mesures réglementaires particulières et la mise au point de produits biologiques déterminés, dont on pouvait se servir dans l'ensemble des municipalités pour prévenir et enrayer de nombreuses maladies contagieuses. Ainsi, grâce aux approvisionnements en eau potable, à la pasteurisation du lait, à l'inspection des aliments et à d'autres mesures préventives d'hygiène locale, grâce aussi à la généralisation d'inoculations préventives, les services de santé publique ont pu, au cours des premières décennies de notre siècle, faire des progrès remarquables dans la lutte contre les épidémies qui ont pendant si longtemps affligé l'humanité.

Les hôpitaux ont aussi bénéficié de ces progrès. Les travaux antérieurs de médecins comme Semmelweiss et Lister, suivis des découvertes de Pasteur, orientèrent la médecine vers l'utilisation des antiseptiques et, plus tard, des techniques aseptiques. Florence Nightingale et d'autres après elle modifièrent l'aménagement et le fonctionnement internes des hôpitaux et donnèrent aux soins infirmiers un caractère professionnel. En 1873, le Dr. Mack lança le premier cours de d'infirmières professionnelles au Canada, au *General and Marine Hospital*, de St. Catharines (Ontario). Les techniques de la chirurgie et de l'anesthésie furent également améliorées, et, peu à peu, elles s'affranchirent des risques qu'elles comportaient autrefois. A mesure que l'Ouest s'ouvrait et que de nouvelles provinces se rattachaient à la Confédération, on y établit également des hôpitaux. Un grand nombre de ces hôpitaux étaient dirigés par des communautés religieuses, ou par des laïcs, et avaient un caractère bénévole, comme dans l'Est du pays; mais beaucoup d'autres furent construits et exploités par des municipalités, ou par des groupes de municipalités, comme les hôpitaux régionaux.

Sauf au Québec, les hôpitaux d'aliénés ressortissaient à l'autorité provinciale. En 1897, le *Muskoka Cottage Sanitorium* fut construit en Ontario par une association à caractère bénévole, la *National Sanitarium Association;* cette association avait été fondée par des citoyens qui s'intéressaient aux travaux de Trudeau sur le traitement des tuberculeux aux États-Unis. Par la suite, des sanatoriums furent construits dans les autres provinces, soit par le gouvernement provincial, soit par des philanthropes.

La dernière partie du XIXe siècle et les premières années du XXe furent marquées par une rapide croissance démographique et économique du Canada. L'expansion de l'enseignement public, l'affluence des immigrants de l'Europe, la prospérité matérielle grandissante, l'influence des principes religieux de responsabilité à l'égard du prochain, l'évolution des idées socio-économiques des chefs de file de la société, la croissance rapide de systèmes démocratiques, et la mise au point de meilleurs moyens de communication et de transport, voilà autant de facteurs qui, avec l'essor des connaissances humaines sur la maladie et les moyens de la prévenir et de l'enrayer, déterminèrent un changement total de l'ancienne structure des services de santé.

PÉRIODE MODERNE

Hygiène publique

Au cours de la période qui suivit la Première Guerre mondiale, la préoccupation de l'hygiène publique dépassa le cadre de l'hygiène du milieu pour s'étendre aux services de santé scolaires et aux services d'hygiène maternelle et infantile. On mit l'accent sur l'éducation en enseignant des mesures de santé et d'hygiène personnelles, et sur le moyen de s'assurer une protection spéciale grâce aux immunisations. Ces progrès conduisirent à la création d'un nouvel artisan de la santé publique —— l'hygiéniste publique. L'hygiène publique comporte maintenant

des programmes de protection pour dépister la maladie dès le début; elle s'efforce de faire face aux nouveaux dangers physiques et sociaux du milieu de l'homme, comme par exemple, la pollution de l'atmosphère, les dangers de l'irradiation, les mauvaises conditions de logement, et, dans quelques régions, elle assure certains services personnels directs, comme celui des infirmières-visiteuses.

L'évolution des services de santé publique s'est faite de façon rapide à tous les échelons du gouvernement. Dans les municipalités, on met en application des mesures générales préventives pour les particuliers et pour les groupes, on analyse des cas en groupe, on enseigne l'hygiène, on surveille l'hygiène personnelle, et l'on met en vigueur de nombreuses mesures de prévention. Des municipalités plus considérables ont établi des services permanents de santé publique. Dans les régions rurales, cependant, la chose n'a pas été possible au point de vue économique, et l'on n'a pas pu avoir le personnel nécessaire. On a eu l'idée de l'unité sanitaire à laquelle sont rattachées un groupe de petites municipalités, afin de donner un service permanent assuré par un personnel à plein temps. En 1921, on tenta la chose, à titre d'expérimentation, à Saanich, en Colombie-Britannique. En 1926, on établit la première unité sanitaire permanente dans le comté de Beauce, au Québec. Depuis lors, dans toutes les provinces, on a établi des unités sanitaires permanentes dans les régions rurales, et des services municipaux dans les villes plus importantes. La plus grande partie de la population est maintenant desservie par des hygiénistes à plein temps qui travaillent sur place.

Au début, le rôle des provinces se limitait à la réglementation et à la surveillance, et c'est pour cette raison qu'on n'a pas établi de services provinciaux permanents d'hygiène au cours des premières années. Maintenant, toutes les provinces possèdent des ministères provinciaux bien établis chargés des questions de la santé publique. Leur rôle s'est accru; ils peuvent apporter aujourd'hui de l'aide financière aux programmes locaux de santé publique; ils disposent de services consultatifs et techniques considérables, tels que des laboratoires, des services d'hygiène maternelle et infantile, d'épidémiologie, d'infirmières-hygiénistes, d'enseignement dans le domaine de l'hygiène, des statistiques vitales, de la nutrition, de l'hygiène industrielle, de la salubrité des services publics, et de l'hygiène dentaire. Enfin, cette évolution a amené la plupart des provinces à établir directement des services locaux d'hygiène au moyen d'unités sanitaires, sauf dans les grandes villes. En Ontario, par contre, les services locaux ont conservé leur autonomie.

Jusqu'en 1919 il n'y avait pas de ministère fédéral de la santé. Le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé publique se limitait, en général, à la quarantaine des navires, la santé des immigrants éventuels, à la salubrité des services publics dans les entreprises fédérales et les moyens de transport interprovinciaux, au contrôle des aliments, des drogues et des narcotiques, aux statistiques vitales du pays, et aux services d'hygiène spéciaux pour les Indiens, les Esquimaux, les anciens combattants, les forces armées et les marins malades. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a été créé en 1944. Il accorde des subventions substantielles aux provinces pour les services de santé publique

de différents genres, pour la formation professionnelle et technique, pour des recherches entreprises dans le cadre du programme de subventions à la santé nationale, et, plus récemment, pour l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques aux termes de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, de 1957. Il fournit aux provinces des services importants de consultation et de laboratoire. Le gouvernement fédéral a également établi des services pour la planification générale et la recherche dans le cadre de programmes de soins de santé et d'hygiène internationale.

La médecine et les hôpitaux

Notre siècle a connu, dans le domaine de l'enseignement de la médecine, des changements aussi radicaux que ceux qui se sont produits dans le domaine de la santé publique sous l'influence des progrès scientifiques et des travaux de savants tels que Flexner et Osler. La médecine scientifique et clinique est maintenant en pleine évolution, et a modifié toute la structure des services de santé organisés dans la société. L'amélioration des connaissances et des techniques rend nécessaire la création de meilleures installations. La révolution scientifique et technologique a créé le paradoxe suivant: d'une part, la médecine est de plus en plus capable de répondre à la demande de soins médicaux, et, d'autre part, le médecin devient de moins en moins capable d'y répondre seul. Comme dans beaucoup d'autres domaines de la science, l'acquisition de nouvelles connaissances a rendu nécessaire la spécialisation des fonctions, la répartition des tâches et l'élaboration de structures sanitaires. Le fait est que les soins de santé deviennent l'oeuvre d'une équipe de praticiens interdépendants disposant en commun des mêmes installations. Aujourd'hui le médecin de famille, s'il veut jouer un rôle complet et efficace auprès de ses malades, doit recourir aux services des hôpitaux, avec leur personnel et leurs installations spécialisés; il doit également recourir aux services de spécialistes de toutes sortes auxquels il adresse les cas les plus compliqués, et d'un personnel paramédical important dont les infirmières, les physiothérapistes, les travailleurs sociaux, les techniciens, et de beaucoup de services locaux, tels que le service de santé publique, les infirmières-visiteuses, les services de soins à domicile, et les services d'hygiène mentale, d'ambulances et de réadaptation. Cette spécialisation des fonctions est nécessaire autant qu'inévitable, mais elle crée aussi des problèmes et elle constitue une source abondante de difficultés auxquelles on fait face aujourd'hui dans l'organisation des services de santé.

Les hôpitaux ont aussi subi l'effet de cette évolution. L'établissement redoutable de jadis, où l'on n'allait qu'en désespoir de cause, est devenu un symbole d'espérance, où l'on s'attend sinon à la guérison, tout au moins à un adoucissement de ses souffrances. Pour le médecin, l'hôpital est devenu un vrai centre de travail médical scientifique. Cela est surtout vrai pour le spécialiste. Dans les hôpitaux d'enseignement et dans les grands hôpitaux urbains, il y a eu tendance à nommer des spécialistes comme membres du personnel médical et, dans certains cas, ils sont employés à plein temps et reçoivent un salaire. Dans la plupart des hôpitaux urbains, on est porté à désigner des spécialistes comme

chefs de service, et à limiter les privilèges de l'omnipraticien. On est devenu conscient aussi du besoin d'une spécialisation des services hospitaliers, fondée sur la gravité de la maladie et la nécessité d'installations et de soins spéciaux. Cette formule suit de près l'ampleur que prend la spécialisation de la médecine même. Les progrès dans le domaine de la connaissance scientifique ont entraîné également l'augmentation du personnel paramédical professionnel et technique, et ont nécessité l'acquisition d'appareils dispendieux. Ces développements ont tous contribué à la montée constante des frais hospitaliers.

Les changements que nous venons de décrire se sont produits surtout dans les grands centres urbains en voie de croissance, et où se trouve concentré maintenant beaucoup plus de la moitié de la population du Canada. Dans les centres urbains moins importants et dans les régions rurales, par ailleurs, on a gardé la formule traditionnelle du petit hôpital général local, auquel tous les médecins sont attachés. Aujourd'hui on s'interroge sérieusement sur le genre de travail qui devra se faire, et sur la qualité des soins qu'il sera possible de donner dans ces hôpitaux qui ne sont pas spécialisés et qui ne disposent que d'un personnel professionnel, auxiliaire et technique, restreint, ainsi que d'installations limitées, et où il y a pénurie de services consultatifs permanents pour les cas d'urgence.

Jusqu'à ces dernières années, le rôle des provinces dans le domaine des soins hospitaliers se limitait au maintien et au financement des soins dans les hôpitaux psychiatriques et dans les sanatoriums pour tuberculeux. Puis pendant la crise des années 30, beaucoup de municipalités se trouvaient dans l'impossibilité de faire face aux frais de l'aide essentielle, y compris l'hospitalisation, accordée à leurs indigents. Les provinces ont commencé à accorder de l'aide aux hôpitaux généraux et aux plans de financement des soins médicaux essentiels pour certaines catégories déterminées d'indigents, et cette aide s'est accrue de façon constante. On a agi ainsi en raison de la nécessité d'accorder des soins plus complets à des personnes atteintes de certaines maladies telles que la poliomyélite et le cancer. Puis, après la Seconde Guerre mondiale, des plans provinciaux d'assurance-hospitalisation furent mis sur pied dans plusieurs provinces[1].

Aux termes de la Loi fédérale sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, de 1957, et de la législation complémentaire de chaque province, les frais d'exploitation des hôpitaux sont maintenant assumés par les régimes provinciaux[2]. Les divisions chargées des hôpitaux et des régimes hospitaliers soit des ministères provinciaux de santé, soit des diverses commissions provinciales des hôpitaux, exercent une surveillance assez rigoureuse sur la planification et l'exploitation des hôpitaux, et donnent beaucoup de conseils à ce sujet. De même, il y a

---

[1] Terre-Neuve a eu un programme de soins médicaux et hospitaliers pour les habitants des ports de mer depuis 1935, mais elle ne fait partie de la Confédération que depuis 1949. Des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation furent mis sur pied en 1947 en Saskatchewan, en 1949 en Colombie-Britannique, et, conjointement avec les municipalités, en 1950 en Alberta. En 1957, le Manitoba a mis sur pied un régime aux termes duquel la province assumait les frais des salles publiques après les 180 premiers jours.

[2] En moyenne, le gouvernement fédéral assume 50 p. 100 des frais acceptés comme normaux et nécessaires à l'exploitation des salles publiques dans les hôpitaux (à l'exception des hôpitaux psychiatriques et des sanatoriums pour tuberculeux), ainsi que les frais reconnus des cliniques externes.

maintenant des subventions substantielles fédérales et provinciales pour la construction, l'agrandissement et la rénovation d'hôpitaux.

Réadaptation

Depuis la Première Guerre mondiale, on a élaboré des programmes de réadaptation de grande envergure pour les personnes qui subissent des accidents du travail (elles relèvent des Commissions provinciales des accidents du travail), et pour les membres des forces armées et les anciens combattants, dont le gouvernement fédéral s'occupe. Les organismes privés ont également joué un rôle important en prouvant la valeur de la réadaptation pour certaines catégories de maladies. Jusqu'à ces dernières années, cependant, la mise sur pied de services de réadaptation pour le grand public s'est faite plus lentement. Dans certains endroits, on a reconnu la nécessité de tirer un plus grand profit des services et des installations, et on a établi des conseils privés de réadaptation[1]. Nombre de centres plus importants utilisent les services de conseils privés de planification sociale et de conseils de santé et de bien-être social qui ne s'intéressent pas uniquement à la réadaptation. Ces conseils ont donné un élan dynamique et constructif, mais ils font face à des problèmes qui découlent des intérêts particuliers de certains groupes et organismes, et à l'impossibilité de coordonner les activités là où une entière bonne volonté et un parfait esprit de coopération n'existent pas.

Soins à domicile organisés

Dans plusieurs endroits[2] des programmes organisés de soins à domicile ont démontré qu'il y a moyen de soigner les malades hors des hôpitaux, et que l'on peut en renvoyer d'autres plus rapidement à leurs foyers et à leurs occupations. Dans beaucoup d'endroits, cependant, on ne trouve que les services d'infirmières-visiteuses[3], ou même rien du tout. Dans un nombre relativement restreint d'endroits, il existe des organismes privés qui fournissent certains services d'aide familiale et de physiothérapie.

Les vieillards

Les soins aux vieillards se rattachent étroitement aux soins à domicile. Le mouvement de la population vers les agglomérations urbaines a entrainé une modification dans la manière de se loger: les gens habitent maintenant des maisons de rapport et des petites maisons. Beaucoup de vieillards ne sont plus soignés dans leurs propres demeures, ni par leurs propres familles. En outre, un plus grand nombre de personnes vivent jusqu'à un âge plus avancé. On a construit plus de foyers pour les vieillards. Ces foyers, destinés d'abord à recevoir surtout les personnes à faible

---

[1] En Ontario, par exemple, le comté d'Ontario et la ville d'Oshawa ont créé un conseil régional de réadaptation *(Area Rehabilitation Council)*.

[2] Par exemple, Winnipeg, Québec et Toronto.

[3] Donnés soit par l'Ordre des infirmières Victoria, organisme privé, soit par les services locaux de santé publique.

revenu, acceuillent également et de plus en plus des personnes qui ont un revenu plus élevé. On prend conscience peu à peu de la nécessité d'avoir divers services dans les localités, tels qu'appartements à loyer modique, services organisés de soins à domicile et centres de loisirs; ces services pourraient être assurés tant par des organismes gouvernementaux que par des organismes à caractère bénévole. Au Canada, les services pour les vieillards sont toujours en voie d'évolution, et jusqu'ici les tentatives de coordination ont été passablement faibles. Dans certaines localités, les vieillards eux-mêmes, de concert avec d'autres personnes et organismes intéressés, ont créé des conseils de personnes âgées.

Hygiène mentale

Les maladies mentales ont constitué un des problèmes les plus sérieux depuis de nombreuses années. A une époque où l'on ne savait que peu de choses sur la cause de ces maladies et où les méthodes de traitement étaient médiocres, la fonction des grands hôpitaux psychiatriques provinciaux se limitait à la surveillance. Grâce aux progrès obtenus ces dernières années dans le domaine de la connaissance médicale, de nombreux malades ont pu retourner chez eux. Dans la plupart des provinces on a établi, en certains endroits, des cliniques permanentes et d'autres mobiles d'hygiène mentale pour le diagnostic et les soins posthospitaliers des malades mentaux. Ces cliniques relèvent des hôpitaux psychiatriques provinciaux, des services locaux de santé ou d'organismes privés.

Organismes privés

La multiplication d'organismes privés de toutes sortes a contribué puissamment à la mise sur pied de services de santé. Les services particuliers offerts par ces organismes sont affectés par les régimes publics de santé et d'assistance sociale que nous avons maintenant, puisqu'un régime privé et de caractère bénévole vise souvent à combler des lacunes, à lancer de nouveaux programmes, ou à pourvoir aux besoins de santé personnels qui ne sont pas prévus par la législation. Cependant, l'apparition de besoins nouveaux s'accompagne de difficultés de coordination, d'empiétement d'intérêts et de problèmes d'adaptation. On se rend compte que la générosité publique ne suffit plus aujourd'hui à financer ces services. Beaucoup d'organismes privés en viennent à compter dans une grande mesure sur des subventions publiques aux différents échelons du gouvernement, en plus de la générosité du public.

PREMIÈRE PARTIE

SERVICES DE SANTÉ LOCAUX ORGANISÉS EN ONTARIO

CHAPITRE I

SERVICES LOCAUX D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ORGANISATION, PERSONNEL, OBJECTIFS GENERAUX ET FINANCEMENT

Organisation générale en Ontario

La Loi sur l'hygiène publique (*The Public Health Act*) de l'Ontario[1] stipule que chaque municipalité doit former un conseil de santé local, sauf lorsque deux ou plusieurs municipalités ont décidé de constituer une unité sanitaire. Un conseil de santé est alors formé pour toute la région, comme le stipule l'arrêté en conseil provincial en vertu duquel l'unité sanitaire a été établi. Le conseil de l'unité sanitaire remplace les conseils de santé municipaux qui étaient autrefois distincts.

Les membres du conseil de santé d'une municipalité sont nommés par le conseil municipal lors de sa première réunion annuelle. L'importance de ces conseils et le choix de leurs membres sont déterminés par la loi. Ces facteurs varient selon le statut et la population d'une municipalité, et chaque conseil municipal est libre de décider si la majorité des membres seront des conseillers municipaux ou de simples contribuables. Le principal membre élu du conseil[2] et le médecin-hygiéniste local font partie du conseil de santé municipal. Le greffier municipal remplit généralement les fonctions de secrétaire du conseil, sauf dans les grandes municipalités, où un autre secrétaire est généralement nommé.

Le conseil d'hygiène d'une unité sanitaire est formé selon les termes de l'arrêté en conseil provincial par lequel cette unité a été constituée. L'un de ses membres est nommé par le lieutenant-gouverneur en conseil[3]. Les règles à suivre lorsqu'il s'agit de nommer les autres membres varient selon la nature de la région sanitaire. Par exemple, si les différentes régions d'un comité se sont réunies pour former une unité sanitaire, les membres de l'unité seront nommés par le conseil des municipalités, qui est formé de conseillers municipaux élus des diverses localités. Dans les cas où deux ou quelques municipalités se sont groupées pour former une unité sanitaire, les membres des conseils locaux élus

---

[1]Statuts revisés de l'Ontario, 1961. A moins d'indication contraire tout règlement cité dans cette partie de la présente étude se reporte à la loi et aux règlements promulgués en vertu de cette loi.

[2]Le maire ou le président du conseil municipal.

[3]En pratique, il est nommé par un arrêté en conseil.

nomment des représentants dont le nombre est, en général, proportionnel à la population de chaque municipalité. Le représentant de la province est nommé pour une période de trois ans, et ce mandat peut être prolongé si la Couronne[1] le désire, tandis que les autres membres sont nommés tous les ans par le ou les conseils intéressés. Le médecin de l'unité sanitaire ne fait généralement pas partie du conseil d'hygiène. Le trésorier-greffier du comté sert généralement de secrétaire conseil de l'unité sanitaire régionale. Dans le cas où l'unité sanitaire n'englobe pas tout le comté, le secrétaire est habituellement le greffier de l'une des municipalités constitutives. Il n'est cependant pas nécessairement le greffier régional ou municipal.

Les fonctions d'un conseil d'hygiène sont généralement de veiller à l'application de la Loi sur l'hygiène publique (*The Public Health Act*), des règlements promulgués en vertu de cette loi et des arrêtés régionaux ou municipaux concernant l'hygiène publique. Les conseils de santé locaux sont presque entièrement autonomes en Ontario. Le ministère provincial de la Santé jouit de certains pouvoirs de surveillance, mais la principale de ses tâches pour ce qui est des services locaux d'hygiène publique est d'inciter à l'action, d'offrir des services spéciaux de consultation et d'autres services, d'étudier les demandes de subventions faites par les conseils locaux aux termes du Programme national de subvention à l'hygiène[2], de distribuer les fonds obtenus, et dans le cas des unités sanitaires, d'allouer un certain montant pour les frais d'administration[3]. Les conseils locaux des municipalités et ceux des unités sanitaires doivent préparer leur propre budget, afin de les soumettre à l'approbation du conseil ou des conseils intéressés. Un budget peut être modifié avant d'être accepté. Le ou les conseils fournissent les fonds nécessaires en les puisant à même les impôts locaux[4].

Chaque conseil municipal et, dans le cas des unités sanitaires régionales, chaque conseil d'unité doit nommer un médecin légalement autorisé à pratiquer sa profession, qui servira de médecin-hygiéniste. Dans la plupart des grandes municipalités, telles les villes et les autres municipalités populeuses, et dans toutes les unités sanitaires, ce médecin est un employé à temps plein qui doit posséder des titres de compétence en hygiène publique[5]. Dans les villes plus

---

[1]En pratique, le gouvernement de l'Ontario.

[2]Programme offert par le gouvernement du Canada aux provinces aux fins de l'hygiène publique en général, de la formation, des recherches en hygiène publique, de la construction d'hôpitaux et du financement de services de laboratoire et de radiographie. Certaines de ces subventions sont des subventions sans condition, alors que d'autres sont des subventions de participation.

[3]Aucune subvention provinciale générale n'est versée aux conseils de santé municipaux, bien que de petites subventions soient accordées à des fins déterminées, par exemple pour l'installation d'une clinique de traitement des maladies vénériennes. Le conseil de santé des unités sanitaires régionales reçoit une subvention (déterminée en pourcentage) qui varie de 50 p. 100 du budget des services de base pour les unités sanitaires rurales à environ 25 p. 100 pour les unités semi-urbaines.

[4]Les fonds locaux proviennent de la perception des impôts fonciers.

[5]Il s'agit d'un diplôme d'hygiène publique ou l'équivalent, qui est remis par une école universitaire d'hygiène ou d'hygiène publique. Certains détiennent le titre de spécialiste diplômé en hygiène publique du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, mais ce diplôme n'est pas exigé.

petites, le médecin-hygiéniste peut être employé à temps partiel et ne doit pas nécessairement posséder des titres de compétence en hygiène publique. Il est nommé et payé par le conseil local, mais ne peut être remercié de ses services sans la permission du ministre provincial de la Santé.

Les autres membres du personnel de base comprennent des infirmières-hygiénistes[1], des inspecteurs sanitaires[2], des secrétaires et des employés de bureau. Ils travaillent à temps plein dans les bureaux de santé municipaux importants et dans les unités sanitaires, mais dans les petits bureaux de santé municipaux, ils peuvent être employés à temps partiel si on juge bon de recruter du personnel. Dans les petites municipalités rurales, un médecin-hygiéniste est employé à temps partiel et peut faire appel aux services de bureau de la municipalité, au besoin.

Certains bureaux de santé municipaux et unités sanitaires ont à leur service un personnel plus nombreux à temps partiel ou à temps plein, qui comprend des dentistes-hygiénistes[3], des vétérinaires-hygiénistes[4], des éducateurs-hygiénistes[5], des auxiliaires médico-sociaux[6], des infirmières inscrites[7] et des infirmières auxiliaires inscrites[8]. La plupart de ces bureaux ont aussi recours aux services intermittents des médecins et des dentistes de la localité (grâce à des ententes sur les honoraires) pour donner des soins dans les cliniques et parfois dans les écoles. Quelques grandes municipalités s'assurent les services de spécialistes, tels les pédiatres et les psychiatres, à temps partiel moyennant des honoraires, ou, dans certains cas, à temps plein moyennant un salaire. Bien que ces effectifs supplémentaires puissent être recrutés par le conseil de santé et payés à même ses propres fonds, dans la plupart des cas, leur recrutement dépend de l'octroi de subventions nationales à l'hygiène.

---

[1]Les infirmières-hygiénistes doivent avoir un diplôme d'infirmière-hygiéniste d'une école universitaire, ou l'équivalent.

[2]Les inspecteurs sanitaires employés à temps plein doivent avoir le certificat en inspection sanitaire du Canada, qui est octroyé par l'Association canadienne d'hygiène publique. Ce titre d'inspecteur sanitaire a été officiellement remplacé, en 1964, par celui d'inspecteur en hygiène publique, et ces fonctionnaires ont droit au Certificat en inspection de l'hygiène publique au Canada.

[3]Il est préférable mais non essentiel de posséder un diplôme d'hygiène publique dentaire décerné par une école universitaire d'hygiène ou de santé publique, ou l'équivalent.

[4]Il est préférable mais non essentiel de posséder un diplôme d'hygiène publique vétérinaire décerné par une école universitaire d'hygiène ou de santé publique, ou l'équivalent.

[5]Il est préférable mais non essentiel de posséder un certificat d'hygiène publique (éducation) décerné par une école universitaire d'hygiène ou de santé publique, ou l'équivalent.

[6]Il est préférable mais non essentiel d'avoir un baccalauréat ou une maîtrise en sciences sociales décerné par une université, ou un équivalent acceptable.

[7]Infirmières inscrites aux termes de la Loi sur les infirmières (*The Nurses Act*) de 1961-62 (Ontario) après avoir terminé leurs études dans une université, un hôpital ou une école privée d'infirmières reconnu, et avoir subi avec succès les examens nécessaires.

[8]Jusqu'à récemment, les infirmières auxiliaires étaient connues en Ontario sous le titre d'aides-infirmières diplômées. Aux termes de la Loi sur les infirmières (*The Nurses Act*) de 1961-62 (Ontario), elles sont maintenant connues sous le nom d'infirmières auxiliaires inscrites. Elles doivent avoir reçu leur formation dans une école approuvée et avoir réussi les examens nécessaires.

Examen des résultats de l'étude sur place[1]

Organisation

Le comté de Huron est desservi par une unité sanitaire qui fournit des services continus à ses 53,805 habitants[2]. La ville de Peterborough a un bureau de santé municipale à services continus, qui dessert environ 47,185 habitants[3]. Dans la région de Timiskaming, des services continus sont dispensés par l'unité sanitaire de Timiskaming à 48,207[4] des 50,971 habitants[5] de la région. Les municipalités qui ont préféré ne pas participer à ce programme central ont engagé des médecins locaux à titre de médecins-hygiénistes à temps partiel. Le grand Toronto est formé de 13 municipalités et englobe environ 1,621,849 habitants[6]. Sept de ces municipalités ont mis sur pied des bureaux de santé à services continus, comprenant une unité sanitaire qui dessert deux des municipalités[7], dont la population représente un total d'environ 1,536,320 habitants[8]. Les six autres municipalités, dont la population globale est évaluée à 82,467 habitants[9], ont à leur service des médecins-hygiénistes à temps partiel.

Tous les bureaux municipaux de santé et toutes les unités sanitaires qui ont fait l'objet de l'étude ont un conseil de santé local. Comme la description de la structure des conseils de santé locaux, dans la section précédente du présent chapitre[10], donnait lieu de le croire, la proportion des membres qui sont conseillers municipaux ou sont de simples contribuables qui s'intéressent aux questions de santé varie énormément.

Le bon travail d'un conseil dépend en grande partie de la stabilité et de l'objectivité de ses membres. Il y a intérêt à ce que les conseils municipaux y soient représentés, puisque la présence de certains de leurs membres assure la liaison en ce qui concerne la planification et les finances. D'autre part, un conseil composé d'une majorité de conseillers municipaux élus ne présentera peut-être pas la stabilité voulue et ne se préoccupera peut-être pas essentiellement des problèmes de santé. Les conseils composés en majorité de citoyens qui

---

[1]Pour de plus amples détails, voir appendices I-IV.

[2]Bureau fédéral de la statistique, recensement de 1961.

[3]Bureau fédéral de la statistique, recensement de 1961. Une annexe entrant en viguer le 1er janvier 1963 mentionne que la population dépasse un peu 50,000 habitants.

[4]Chiffre mentionné dans le rapport annuel (1961) de l'unité sanitaire de Timiskaming.

[5]Bureau fédéral de la statistique, recensement de 1961.

[6]Bureau fédéral de la statistique, recensement de 1961.

[7]Canton d'East York et ville de Leaside.

[8]Bureau fédéral de la statistique, recensement de 1961 pour Toronto, les cantons d'Etobicoke, de Scarborough, d'York, de North York et d'East York et la ville de Leaside.

[9]Bureau fédéral de la statistique, recensement de 1961 pour les villes de Mimico, New Toronto et Weston, les villages de Forest Hill, Long Branch et Swansea.

[10]Voir p. 13.

s'intéressent aux questions de santé et n'exercent aucune fonction d'ordre politique semblent accorder une plus grande attention à l'étude objective des propositions qui leur sont soumises relativement à ces questions[1]. Le nombre de membres peut aussi jouer un rôle. Un des conseils d'unité sanitaire compte quelque 20 membres, parce que chaque municipalité désire y être représentée. Un conseil de ce genre peut se révéler difficile à manier.

Le médecin ne fait généralement pas partie du conseil de l'unité sanitaire tandis qu'il fait partie des bureaux de santé municipaux. La première disposition est préférable, semble-t-il, puisqu'il est difficile de voter au sein d'un organe de direction dont on est également le principal administrateur. Le médecin devrait jouer le rôle d'expert technique, et en quelque sorte, de secrétaire exécutif. Il assisterait aux réunions du conseil, mais n'aurait pas le droit de vote.

Le greffier municipal ou un membre de son personnel remplit généralement les fonctions de secrétaire du conseil local de santé. Il doit servir de lien entre le conseil et les organismes municipaux d'administration et de financement, mais il doit aussi être au service du conseil. Le greffier municipal peut exercer *de facto* une influence importante, particulièrement dans les petites villes et les unités sanitaires des comtés ruraux. Ceci s'explique en partie par le fait qu'il est le seul membre permanent et connaît en détail le fonctionnement des organismes municipaux[2]. A notre avis, le rôle du secrétaire du conseil de santé devra être défini avec plus de précision, de façon que ce dernier soit, de nom aussi bien que de fait, au service du conseil.

Nous croyons aussi que des modifications à la structure des services locaux d'hygiène publique en Ontario sont nécessaires, si on veut atténuer les problèmes d'organisation amenés par une autonomie locale quasi totale. Nous estimons que ces modifications peuvent être mises en vigeur sans détruire la participation précieuse des organismes locaux relativement à l'adoption des lignes de conduite et à l'administration. Nous croyons qu'une organisation régionale des services de santé comme celle qui est exposée au chapitre IV serait appropriée[3].

Personnel et objectifs généraux

Les proportions du personnel à temps plein par rapport à la population varient au sein des localités étudiées, allant d'environ 1 pour 1,300 à 2,000 dans les services à temps plein, à 1 pour 5,000 dans les services urbains à temps partiel. La population desservie par les programmes ruraux à temps partiel est si peu nombreuse qu'il ne vaut pas la peine de recruter un personnel distinct en plus du

---

[1]Il serait possible de choisir parmi un plus grand nombre de personnes dévouées et compétentes, mais les personnes qui occupent certains postes peuvent hésiter à poser leur candidature à une fonction publique ou être dans l'impossibilité de le faire à cause de la nature même de leur emploi. C'est ainsi que les banques interdisent généralement à leurs employés de se présenter à une élection et que les fonctionnaires provinciaux et fédéraux sont soumis à certaines restrictions.

[2]Voir appendice II, pp. 282-283.

[3] Voir pp. 87-93.

médecin-hygiéniste à temps partiel. Cependant, les besoins de ces populations ne diffèrent pas de ceux qui existent dans les régions plus peuplées et jouissant d'un programme et d'un personnel à temps plein. Nous croyons sincèrement que les services à temps partiel de santé publique ne répondent plus aux besoins depuis quelque temps déjà, et qu'il faudra plus que l'exhortation et la persuasion pour créer des services de santé de l'importance nécessaire, comprenant un personnel à temps plein et des programmes modernes, dans les régions qui n'ont pas encore de services à temps complet. C'est là une responsabilité du gouvernement provincial.

A l'heure actuelle, il existe une pénurie de médecins-hygiénistes. Cette pénurie est partiellement attribuable aux traitements qui, sauf dans les services d'importance, ont tendance à être moins élevés que dans plusieurs autres domaines de la médecine. Elle est aussi attribuable, croyons-nous, à l'isolement relatif des hygiénistes par rapport à leurs collègues professionnels. Cette dernière situation est imputable à plusieurs facteurs, tels le genre de travail accompli à l'heure actuelle par les services de santé de la plupart des régions, les malentendus entre les médecins-hygiénistes et les médecins indépendants, et les idées erronées de plusieurs médecins, qui estiment que leurs collègues qui s'occupent de santé publique sont les membres les plus inaptes et les moins compétents de la profession médicale. Au cours des dernières années, en certains endroits, ces médecins sont devenus les boucs émissaires de quelques-uns de leurs collègues, qui craignent les transformations que subit l'exercice de la médecine et le rôle de plus en plus important que jouent les gouvernements relativement aux services médicaux. Cette attitude se transmet rapidement aux étudiants en médecine et aux médecins qui, autrement, pourraient songer à faire carrière dans le domaine de la santé publique. Elle affecte aussi certains membres du personnel sanitaire, qui font peu d'efforts pour entretenir des relations étroites avec leurs collègues.

Les études faites sur place ont démontré que dans le domaine de l'hygiène publique, la proportion des praticiens compétents et aux principes élevés était à peu près la même que dans les autres domaines de la médecine. De nombreux médecins-hygiénistes ont établi des rapports étroits et chaleureux avec leurs collègues qui s'occupent de médecine clinique. Nous croyons qu'une intégration plus étroite des programmes des services de santé au travail des hôpitaux et des autres services locaux de santé, de même qu'à celui des médecins cliniciens, contribuerait à atténuer certains problèmes, ainsi que nous le mentionnerons plus loin dans le pésent chapitre[1] et au chapitre IV[2].

Les services d'hygiène publique ont réussi à atteindre un grand nombre de leurs objectifs originaux, ce qui n'a pas manqué de créer un manque partiel d'objectifs. Le travail du médecin-hygiéniste doit de nouveau être empreint de cette ardeur et de cette satisfaction qui le caractérisaient au moment où la lutte contre les maladies contagieuses et les problèmes de santé relatifs au milieu était à son

---

[1] Voir pp. 31-32.

[2] Voir pp. 87-93.

apogée. De nouveaux problèmes de santé publique existent aujourd'hui, et plusieurs sont exposés dans cette étude. Mais les lois, la structure administrative et, jusqu'à un certain point, la formation[1], ne se sont pas suffisamment modifiées pour que les nouveaux problèmes soient abordés de la façon la plus efficace possible.

Nous estimons que le rôle du médecin-hygiéniste devrait être essentiellement celui d'administrateur médical capable de planifier, d'administrer, de coordonner et d'évaluer les services de santé. En second lieu, il devrait remplir les fonctions de conseiller et d'expert local en matière d'épidémiologie et de recherche sur la santé publique, par rapport non seulement aux maladies contagieuses mais aussi aux nouveaux problèmes de santé publique tels que le cancer, les maladies de coeur et les maladies chroniques en général. Il devrait voir à ce que les services communautaires de santé soient suffisants, s'occuper de l'organisation des soins à domicile et des soins aux vieillards, de la prévention des accidents, de la rééducation, de l'hygiène mentale et de la planification des familles, pour ne mentionner que quelques-uns des problèmes de santé communautaires auxquels on doit maintenant faire face. Les soins médicaux personnels devraient, dans la mesure du possible, être donnés par des médecins exerçant leur profession dans le domaine clinique, avec l'aide du personnel du service de santé et en particulier des infirmières-hygiénistes, comme nous le mentionnons dans le présent texte[2]. On devrait cependant accorder plus d'attention au fait que certains services personnels de prophylaxie, tels l'immunisation et le dépissage polyphasé, seraient plus efficaces s'ils étaient dispensés au niveau communautaire. Enfin, les traitements devraient être établis sur une base plus sérieuse que le bon plaisir des unités sanitaires et des conseils de santé locaux.

En résumé, la modification de la structure administrative, la redistribution des responsabilités et la revision de la formation de façon à accorder plus d'importance à l'administration, à l'épidémiologie et aux méthodes de recherche statistique, sont nécessaires. Il faut, de plus, modifier le niveau des traitements afin de rendre ces derniers plus équitables, si on désire obtenir des effectifs médicaux suffisants.

Il existe aussi un autre problème fondamental, comme nous l'avons constaté en nous acquittant de nos responsabilités d'ordre éducatif vis-à-vis des étudiants et des diplômes d'universités. Un grand nombre des personnes que nous avons interrogées au cours des enquêtes sur place ont également mentionné ce problème. La plupart des écoles de médecine du Canada donnent à leurs étudiants une solide préparation scientifique de base quant au travail clinique et technologique, mais elles ne donnent pas ou presque pas de formation dans les domaines de la sociologie, de la psychologie, de la statistique et de l'économique, sciences essentielles aux services de santé organisés pour desservir les localités. Dans une

---

[1] Depuis la première rédaction de cette étude, l'École d'hygiène de l'université de Toronto a complètement revisé son cours aboutissant au diplôme, de façon à accorder plus d'importance à la théorie et à la pratique administrative, y compris la planification et l'évaluation des services, et aux méthodes statistiques et épidémiologiques. Il est aussi possible d'obtenir un diplôme de spécialiste dans ces domaines.

[2] Voir pp. 31-32.

large mesure, la formation dans les domaines de la santé publique, de la médecine sociale, de la psychiatrie, de la réadaptation et de la gériatrie est insuffisante, contrairement à l'enseignement de la médecine clinique, parce que les étudiants n'ont pas une compréhension suffisante des sciences sociales fondamentales. Il n'est donc pas surprenant de constater que de nombreux diplômés de ces écoles n'ont qu'une vague idée des aspects sociaux et des responsabilités communautaires de la médecine.

Les infirmières-hygiénistes sont plus nombreuses que les médecins, et nous avons été impressionnés par leur compétence. Il existe cependant une pénurie d'infirmières-hygiénistes, particulièrement dans les régions rurales, et les déplacements du personnel sont considérables. Comme dans les autres domaines des soins infirmiers, les traitements moindres que ceux qui sont accordés aux membres des autres professions demeurent un facteur qui ne favorise pas le recrutement et la stabilité du personnel. D'autre part, l'infirmière-hygiéniste jouit d'une grande indépendance et peut user d'initiative dans son travail auprès des familles qu'elle visite. La limitation du travail à la prophylaxie, à l'enseignement et à la démonstration pratique, et le fait que l'infirmière-hygiéniste soit rarement appelée à donner des soins à des malades alités, demeure l'un des problèmes importants du recrutement. Dans certaines régions rurales et dans les petites villes où il n'y a pas d'infirmières visiteuses, il se donne quelques soins aux malades alités.

Il est évident qu'un programme conjoint et des relations plus étroites avec les médecins satisferaient davantage les infirmières. A l'heure actuelle, vu la rareté du personnel de bureau et des aides-infirmières dans tous les services, sauf les plus importants, beaucoup de temps est consacré à des tâches courantes et non spécialisées. Il serait donc utile de faire davantage appel aux services de personnel auxiliaire. Dans la plupart des régions étudiées, l'aide des personnes mariées et des infirmières à temps partiel s'est révélé des plus précieuses. Il importe donc de donner une importance accrue à cette catégorie de personnel infirmier, surtout dans les emplois à temps partiel.

Dans le cas des inspecteurs sanitaires, les questions de formation, de prestige et de rôle sont les plus importantes. Il est difficile d'évaluer l'influence que les taux de traitements exercent sur le recrutement de cette classe de personnel, puisqu'à l'heure actuelle, en Ontario, ils sont plus élevés que dans d'autres domaines qui exigent un niveau d'instruction semblable. La plupart des personnes interrogées à ce sujet estiment que les taux de traitements ne représentent pas actuellement un problème d'importance, mais que les difficultés qu'éprouvent certains services à recruter des inspecteurs sanitaires en nombre suffisant dépendent davantage de questions de prestige et de satisfaction apportée par le travail, sans parler de l'attrait qu'exercent les grandes villes sur bien des jeunes. Il est évident que plusieurs des localités visitées manquaient d'inspecteurs sanitaires et aidaient des stagiaires, dans un effort pour répondre aux besoins existants. Au Canada, les cours de formation destinés aux inspecteurs sanitaires sont donnés par correspondance, sous les auspices de l'Association canadienne pour la santé

publique[1] ou à l'école d'hygiène de l'Université de Montréal et au *Ryerson Polytechnical Institute* de Toronto[2,3]. Quelle que soit la méthode de formation tous les inspecteurs sanitaires doivent répondre aux exigences du Conseil d'accréditation de l'Association canadienne pour la santé publique, qui octroie le certificat aux inspecteurs sanitaires du Canada. En Ontario, on vient d'apporter une innovation des plus précieuses en établissant un cours offert par le ministère de la Santé et qui se donne au *Ryerson Polytechnical Institute* de Toronto. A partir du mois de septembre 1963, le cours sera sous la juridiction du *Ryerson Institute* et le personnel du ministère aidera à l'enseignement. Il se peut que cette mesure prenne de l'ampleur, puisqu'il existe d'autres instituts technologiques importants en Ontario et dans les autres provinces. Ceci haussera la qualité des normes de sélection et d'enseignement et donnera aux inspecteurs sanitaires le prestige qui, selon eux, leur manque en ce moment.

Un autre problème se rapporte aux fonctions précises qu'un inspecteur sanitaire doit remplir. Si son travail ne consiste qu'à inspecter les locaux et les installations afin de déterminer s'ils répondent aux normes prescrites, il aura besoin d'une formation scolaire et pratique moins poussée que s'il doit prendre des décisions portant sur des sujets plus complexes, tels l'installation de canalisations d'eau, de réseaux d'égouts et d'équipement de laiterie, et s'il a des responsabilités d'ordre éducatif. Ce problème du rôle de l'inspecteur sanitaire n'a pas encore été élucidé complètement, bien qu'on ait de plus en plus tendance à orienter cette catégorie de fonctionnaires vers des fonctions plus spécialisées.

Les autres membres du personnel, tels les vétérinaires-hygiénistes, les dentistes-hygiénistes, les éducateurs-hygiénistes, les travailleurs médico-sociaux, les psychiatres, etc., peuvent faire partie de certains services, particulièrement dans les grands centres. Plusieurs facteurs empêchent de les employer en plus grand nombre. En Ontario, bien des municipalités hésitent à recruter plus que le personnel de base, pour des motifs d'ordre financier. En général, certaines catégories spéciales d'employés sont payées en partie grâce à des subventions nationales à l'hygiène. Certains conseils locaux remercient leurs employés de leurs

---

[1] Ce cours de neuf mois se fait à l'aide d'un manuel spécialement préparé et exige que les étudiants fassent des devoirs hebdomadaires qui sont corrigés par un professeur. Les candidats doivent aussi prouver qu'ils ont au moins trois mois d'expérience acquise sur place, sous la surveillance d'un inspecteur sanitaire autorisé ou d'un médecin-hygiéniste employé à temps plein. Ce cours est accessible aux candidats de toutes les provinces, sauf l'Ontario et le Québec où l'on exige des cours *intramuros*, et à ceux des territoires, des forces armées et de la fonction publique fédérale. Après avoir terminé son cours, le candidat doit subir des examens écrits et être interrogé par un jury d'au moins trois membres, dont un médecin, un vétérinaire ou un technicien de la santé publique, et un inspecteur sanitaire. Il doit aussi effectuer une inspection sur place présentant au moins deux problèmes d'hygiène du milieu, inspection à la suite de la quelle il doit présenter un rapport écrit. Le candidat heureux reçoit alors le certificat qui fait de lui un inspecteur sanitaire du Canada.

[2] Les élèves diplômés reçoivent un certificat. Ils ne sont pas forcés de passer d'autres examens écrits, mais doivent être interrogés par un jury et soumettre oralement leur rapport, à la suite d'inspections sur place ordonnées par l'Association canadienne pour la santé publique.

[3] Les candidats détenant des certificats acceptables de pays étrangers (ordinairement le Royaume-Uni et les Etats-Unis) doivent travailler pendant une année dans une unité sanitaire ou un service locale de santé approuvés. A la fin de l'année, comme les candidats qui ont suivi les cours par correspondance, ils doivent subir les examens aboutissant au certificat qui donne droit au titre d'inspecteur sanitaire du Canada.

services si les subventions prennent fin. L'incertitude qui découle de cette situation, quant à la stabilité de l'emploi et au niveau des traitements, nuisent au recrutement et au maintien du personnel. La densité de la population desservie par les bureaux et unités sanitaires est fréquemment trop faible pour permettre le recrutement d'un personnel distinct à plein temps, en dépit du fait que ce personnel rendrait service. Une structure administrative régionale plus vaste fournirait, semble-t-il, une base plus solide au recrutement de ces effectifs. De plus, la compétence de certaines catégories de spécialistes pourrait souvent être utile à d'autres services communautaires oragnisés que les programmes de santé.

Financement

Dans les régions étudiées, les dépenses annuelles *per capita* au profit des services de santé publique ou des unités sanitaires ont varié d'environ 50 cents à $4.10 en 1961 ou en 1962. Parfois, les budgets des municipalités rurales ayant à leur service des médecins-hygiénistes à temps partiel excèdent à peine les sommes nécessaires pour payer les honoraires de ces médecins[1]. Même l'ensemble des budgets du grand Toronto pour les programmes urbains à temps partiel était généralement inférieur à $10,000 par année, et la plus grande partie de l'argent allait aux services de toute première nécessité, fournis par des employés dont la plupart travaillaient à temps partiel. Par conséquent, les différences relevées quant au personnel et aux services étaient beaucoup plus importantes que ne le laissent croire les dépenses *per capita* et l'ensemble des budgets[2].

A l'heure actuelle, les unités sanitaires rurales de l'Ontario reçoivent de la province des subventions qui représentent jusqu'à 50 p. 100 de leurs budgets. Les unités semi-urbaines reçoivent des sommes inférieures, qui constituent environ 25 p. 100 de leurs budgets. Cependant, les services de santé municipaux, contrairement aux unités sanitaires, reçoivent l'aide du gouvernement provincial uniquement de façon indirecte, grâce aux subventions nationales à l'hygiène. Aucune subvention provinciale n'est distribuée de façon générale, et à l'occasion seulement, quelques faibles subventions sont accordées à des fins particulières. Un des services municipaux de santé que nous avons visités n'avait touché, des fonds fédéraux distribués par le gouvernement provincial en 1961, qu'une somme représentant 10 p. 100 de son budget[3]. D'autre part, un service municipal important recevait moins de 1 p. 100 de son budget de cette même source[4]. Ce facteur s'explique par le fait que les subventions nationales à l'hygiène versées au provinces pour les programmes locaux de santé publique servent presque entièrement à payer les traitements des employés qui ont été ajoutés au personnel essentiel, à financer les programmes nouveaux ou à étendre au-delà du strict nécessaire les programmes déjà existants.

---

[1] Dans une des régions visitées les honoraires n'étaient que de $25 à $250 par année.

[2] Pour plus de détails, voir appendices I–IV, pp. 219-402.

[3] Un montant de $24,467 sur un budget total de $224,610. Voir appendice IV, p. 389.

[4] Un montant de $2,000 sur un budget total de $356,893. Voir appendice IV, p. 389.

Il est évident que plusieurs municipalités de l'Ontario constatent qu'il est difficile de puiser à même leurs sources de revenus actuelles pour payer les traitements du personnel indispensable et défrayer le coût des services de santé essentiels. Même les municipalités importantes éprouvent des difficultés à financer l'extension des services et les services nouveaux. Ce n'est qu'au moment où un bureau municipal de santé accepte de payer (et peut payer) les frais des services essentiels, qu'il peut recevoir des subventions importantes.

Certaines des municipalités étudiées ne peuvent se permettre de recruter du personnel compétent et d'offrir des services essentiels adéquats, à cause de leurs budgets restreints. Les petites municipalités ne peuvent offrir des services modernes de santé publique en ne faisant appel qu'aux impôts perçus localement.

Si on veut que la qualité des services de santé offerts dans la province soit élevée, il faudra modifier la présente structure de l'assistance provinciale aux services locaux de santé publique, de façon que les bureaux de santé municipaux ou les unités sanitaires puissent recevoir leur part équitable des subventions du gouvernement provincial. Il n'est pas aisé de déterminer le niveau équitable d'assistance qui doit être octroyé. Les opinions varient à ce sujet, car certains prétendent qu'il est préférable que les services locaux de santé publique soient administrés et financés par la province, comme c'est le cas dans la plupart des provinces canadienne, et d'autres qu'une grande partie de l'administration et du financement de ces services devrait relever des autorités locales ou régionales. Nous croyons que les propositions d'ordre administratif énoncées au chapitre IV[1] tiennent compte de ces deux conceptions. En général, nous estimons qu'une structure régionale pour les services de santé serait plus économique, quant au personnel nécessaire et au coût des programmes, qu'un grand nombre des services distincts qui desservent actuellement de petits secteurs. Cependant, les régions devront être délimitées de façon que les secteurs et leur population soient suffisamment petits pour que les citoyens s'intéressent au financement et à la planification de leurs services de santé. Nous croyons aussi que dans une province comme l'Ontario, où existent de solides traditions d'autonomie locale, la répartition des dépenses devrait être à peu près la suivante: 70 p. 100 seraient payées par la province et 30 p. 100 par le secteur local, dans le cas d'une région rurale qui ne compterait guère que de petites villes. Dans le cas d'une région surtout urbaine, 60 p. 100 des dépenses seraient payées par la province et 49 p. 100 par le secteur local. Ces ententes seraient conformes au revenu réel que tirent des impôts les deux paliers gouvernementaux.

Nous croyons de plus, que les taux de traitements de base et les ententes régissant les régimes ordinaires de pension pour les diverses catégories de membres des effectifs sanitaires devraient être déterminés par la province. Ces dépenses devraient être intégrées aux subventions provinciales accordées aux conseils régionaux des services de santé. Cette mesure assurerait des normes provinciales de base quant aux salaires payés dans les services de santé, mais permettrait aussi aux conseils régionaux de verser des suppléments et des augmentations de

---

[1] Voir pp. 87-93.

salaires afin de favoriser le recrutement du personnel. Ajoutons que le personnel serait plus libre de changer d'emploi qu'il ne l'est lorsque des régimes de pension distincts existent.

PROGRAMMES[1]

Aux termes de la Loi sur l'hygiène publique *(The Public Health Act)* et de ses règlements, la lutte contre les principales maladies contagieuses et les services de salubrité du milieu sont obligatoires pour tous les conseils locaux de santé. Bien qu'ils fassent aussi partie des programmes modernes de santé publique, les autres services sont facultatifs. Il existe, quant à l'envergure, une différence frappante entre les services à temps plein et les services à temps partiel. Dans les services complets, les programmes réglementaires de lutte contre les maladies contagieuses et de salubrité du milieu, ainsi que les ententes conclues avec les commissions scolaires, relativement aux services fournis, sont bien établis, quoique les détails varient quelque peu d'une localité à l'autre. D'autre part, les services à temps partiel qui sont dépourvus de personnel à temps plein ou dont le personnel est très peu nombreux ont mis sur pied les programmes limités, dans quelques cas, à l'interprétation la plus large possible des règlements. Lorsqu'il s'agit d'autres services considérés comme essentiels dans un programme à la page, tels les visites à domicile et les services d'hygiène maternelle et infantile, et d'une extension de ces services afin de faire face à de nouveaux problèmes de santé publique, plusieurs des services à temps partiel n'ont pour ainsi dire pas de programme.

Nous croyons que depuis plusieurs années déjà, les services à temps partiel ne sont plus satisfaisants et que leur insuffisance devient de plus en plus apparente chaque année. Cependant, avec leur organisation actuelle, bien des municipalités n'ont ni les ressources ni la population nécessaire pour soutenir un programme moderne à temps complet. Une organisation régionale des services de santé représenterait une solution acceptable[2].

On peut faire certains commentaires sur les programmes fondamentaux des services à temps plein. Ces programmes ont été mis sur pied et ont progressé pour répondre à des besoins particuliers. En bien des cas, la nature des besoins a changé, à cause du succès de la lutte contre plusieurs maladies contagieuses, des progrès technologiques et scientifiques réalisés dans certains domaines, tels ceux de l'épuration des eaux et de l'installation des réseaux d'égouts, et enfin, des modifications socio-économiques qui se sont produites au sein de la société canadienne, par exemple, l'évolution des régimes d'assurance-santé et leur influence sur les soins médicaux personnels fournis par les services de santé. Bien qu'on ait fait certaines adaptations à ces changements, nous croyons qu'il est nécessaire d'effectuer une étude approfondie des modifications qu'il serait souhaitable d'apporter aux programmes.

---

[1] Pour plus de détails concernant les programmes des quatre groupements étudiés, voir appendices I–IV, pp. 219-402.

[2] Voir chapitre IV, pp. 87-93.

Lutte contre les maladies contagieuses

Généralités

La Loi sur l'hygiène publique *(The Public Health Act)* et les règlements adoptés exposent les responsabilités des conseils locaux de santé et des médecins-hygiénistes relativement à la déclaration des cas de maladies contagieuses, à l'isolement et à la quarantaire, à la désinfection des domiciles et aux autres questions se rapportant à la lutte contre ces maladies.

On sait que les cas de maladies infantiles ordinaires ne sont pas tous déclarés, parce que souvent, les médecins ne voient pas la nécessité de le faire. D'autre part, la déclaration des cas de maladies contagieuses graves et qui pourraient constituer un danger pour la santé publique, par exemple la diphtérie, la tuberculose, les maladies vénériennes, la variole et l'hépatite infectieuse, est des plus importantes. A notre avis, les médecins ne devraient déclarer que les cas de maladies contagieuses graves. Lorsqu'on désire obtenir des renseignements sur la fréquence des autres maladies contagieuses ou sur le degré d'immunité dans une localité donnée, des recherches effectuées à intervalles réguliers et des études sérologiques d'après un échantillonnage pourraient servir. Il faudrait aussi accorder plus d'attention à la déclaration des cas et aux études épidémiologiques sur les problèmes nouveaux de la santé publique, tels les affections cardiaques, le cancer, les maladies occasionnant l'invalidité, et les accidents.

L'immunisation active contre les maladies infectieuses ordinaires est fournie par les services locaux de santé, grâce aux programmes d'hygiène maternelle et infantile, aux services scolaires, aux cliniques spéciales et aux campagnes intensives. Les médecins de famille devraient, en général, donner les soins personnels d'ordre préventif. Cependant, il serait probablement préférable que certains de ces services prophylactiques personnels, tels l'immunisation, soient fournis par des services communautaires organisés.

Lutte antituberculeuse

Les services locaux ou les unités sanitaires facilitent ou effectuent directement les examens collectifs et individuels, comme les épreuves à la tuberculine et les radiographies pulmonaires. Il est nécessaire de déclarer les cas et les personnes suspectes, de garder à jour des registres et d'informer les autres municipalités lorsque des malades changent de domicile. Les services locaux ou les unités sanitaires doivent aussi s'occuper d'examiner les personnes suspectes et de surveiller les malades qui sont à domicile ou en cure, après un séjour au sanatorium. Le traitement en sanatorium ou dans des hôpitaux généraux commodément répartis dans toute la province fait partie du régime d'assurance-santé de l'Ontario[1].

Le programme de lutte antituberculeuse s'est révélé l'un des plus satisfaisants pour le personnel des services locaux de santé. Il existe des relations étroites entre les médecins indépendants, les hôpitaux, les sanatoriums et les organismes bénévoles locaux qui s'occupent de lutte antituberculeuse.

[1] Voir aussi le chapitre II, pp. 39, 40.

Lutte contre les maladies vénériennes

Aux termes de la Loi sur la prévention des maladies vénériennes *(The Venereal Diseases Prevention Act)*[1], les médecins signalent directement au ministère provincial de la Santé les malades et les personnes suspectes. Les autorités sanitaires locales s'occupent de repérer les personnes suspectes et de veiller à leur examen. Elles recherchent aussi les personnes qui ont abandonné le traitement et voient à ce qu'elles le reprennent. Des cliniques desservent les populations des villes les plus importantes. Des mesures ont aussi été adoptées, en vertu desquelles les médecins qui traitent les malades indigents touchent des honoraires. Les antibiotiques qui servent au traitement sont fournis gratuitement par le ministère de la Santé de l'Ontario.

En général, la déclaration des personnes suspectes est loin d'être satisfaisante, et il y a tout lieu de croire que les cas de maladies vénériennes ne sont pas tous signalés. Ces maladies se rencontrent si fréquemment qu'elles continuent à poser des problèmes de santé publique. On propose donc que les médecins soient davantage renseignés sur l'importance de la déclaration de ces maladies et sur la nécessité d'obtenir des renseignements relativement aux personnes suspectes.

Salubrité du milieu

Le rôle des autorités locales en matière de salubrité du milieu est décrit dans la Loi sur l'hygiène publique *(The Public Health Act)*[2]. La surveillance générale des canalisations publiques d'eau, des réseaux publics d'égouts, des règlements relatifs à la plomberie et de la lutte contre la pollution des lacs et rivières relève de la Commission des ressources hydrauliques de l'Ontario *(The Ontario Water Resources Commission)*. Les réseaux municipaux relèvent de services autres que les services de Santé publique. Cependant, le ministère de la Santé effectue des examens systématiques afin de s'assurer qu'il n'existe aucun risque pour la santé de la population. D'autre part, les services locaux de santé conservent certaines responsabilités réglementaires quant à la surveillance des canalisations d'eau et des réseaux d'égouts privés.

Les établissements où l'on manipule des aliments, tels les laiteries, les restaurants, les magasins d'articles alimentaires, les abattoirs, les usines qui s'occupent de la congélation des aliments, les boulangeries, etc., sont inspectés régulièrement par le service local de santé. Des mesures contre les animaux rongeurs et les insectes sont appliquées par les municipalités. Les recherches relatives aux prétendus dangers pour la santé publique sont aussi du ressort des services locaux de santé. D'autres responsabilités, dans le domaine de la salubrité du milieu, peuvent leur être assignées par des règlements municipaux, par exemple celle d'inspecter certains établissements ou de lutter contre la pollution de l'air.

---

[1] Statuts revisés de l'Ontario, 1961.

[2] Statuts revisés de l'Ontario, 1961.

Il est nécessaire de reviser les lois actuelles[1] de façon que les normes et les exigences aillent de pair avec les méthodes modernes[2] et que des mesures soient adoptées pour lutter contre les nouveaux dangers à la salubrité du milieu, comme la pollution de l'air et les radiations, et pour résoudre les problèmes que présentent les machines distributrices d'aliments, les buanderies automatiques, les établissements de nettoyage à sec et les piscines privées. De plus, les lois actuelles sont souvent de caractère général, ce qui entraîne diverses interprétations et divers degrés d'application, souvent même dans des domaines connexes. Il faudrait établir des normes courantes et plus précises à l'échelle provinciale. En dernier lieu, nous croyons que dans un domaine aussi complexe, on devrait sans cesse procéder à une revision des lois et règlements en vigueur.

Il existe encore trop de municipalités (pas toutes rurales ni situées dans le nord de la province, il s'en faut) où les services essentiels de salubrité du milieu sont insuffisants. Il faudrait éliminer cette défience le plus rapidement possible, parce qu'elle représente un danger pour la santé publique, en plus de lacunes économiques et esthétiques.

Bien que les programmes fondamentaux régissant la salubrité du milieu, tels ceux qui concernent la pureté de l'eau, le bon état des réseaux d'égouts, l'enlèvement des ordures ménagères et la qualité du lait et de la viande relèvent, quant à leurs aspects techniques, presque entièrement d'autres autorités que celles des services de santé, la surveillance et la régularisation sanitaire demeurent et doivent demeurer une responsabilité de ces services.

Hygiène maternelle et infantile

Généralités

Ces services d'hygiène publique sont facultatifs, mais tous les services à temps plein et quelques services à temps partiel les fournissent dans une certaine mesure.

Les médecins traitants et les cliniques prénatales situées dans certains grands hôpitaux généraux urbains surveillent les femmes enceintes. Les visites aux domiciles de ces femmes dont le cas a été signalé aux services de santé sont faites par les infirmières-hygiénistes, sur demande ou lorsque cela est nécessaire. Dans les régions où elles existent, les associations d'infirmières visiteuses[3], l'Ordre des infirmières Victoria et la *St. Elizabeth Visiting Nurses Association* visitent aussi les femmes enceintes, en collaboration avec les services locaux de santé. L'enseignement de l'hygiène prénatale est offert par ces services et les infirmières-hygiénistes des unités sanitaires de plusieurs régions, en collaboration avec les médecins traitants et les associations d'infirmières visiteuses, là où

---

[1] Nous avons cru comprendre que des revisions sont en cours en Ontario.

[2] Par exemple, les normes régissant les aliments et le lait, en autant qu'elles peuvent avoir des répercussions sur la santé.

[3] Elles ne peuvent visiter les femmes enceintes que sur demande du médecin.

existent ces associations. Les pères sont quelquefois invités à assister à certains de ces cours. En Ontario, presque tous les accouchements se font à l'hôpital, sauf dans les régions très isolées.

Dans plusieurs villes, les services d'hygiène maternelle et infantile essaient d'organiser des visites d'infirmières-hygiénistes aux nouvelles accouchées encore hospitalisées[1]. Si cela n'est pas possible, l'infirmière-hygiéniste fait une visite à domicile à la mère aussitôt après que des renseignements sur la naissance ont été obtenus[2]. On tente de faire la première visite au cours de la semaine qui suit le retour de la mère et de l'enfant à la maison. D'autres visites à des fins éducatives peuvent être effectuées, si cela est nécessaire et si la mère le désire. Certains services ont l'habitude de faire une seconde visite au cours de la première année de vie de l'enfant.

Des conférences sur l'hygiène infantile[3] et des consultations[4] pour bébés et enfants bien portants sont organisés par tous les services de santé et unités sanitaires qui fonctionnent à temps complet et par un grand nombre de ceux qui fonctionnent à temps partiel. Ces centres dispensent l'enseignement et donnent des démonstrations pratiques aux mères relativement aux soins infantiles ordinaires et au développement des bébés et des enfants bien portants. Si on constate qu'un enfant est malade, on envoie sa mère à son médecin de famille ou à une consultation externe d'hôpital, qui se charge du diagnostic et du traitement. Le médecin de la consultation ne fait que les examens ordinaires et immunise les enfants. Les mères sont encore une fois envoyées à d'autres médecins pour fins de traitement. La plupart des régions, qui n'offrent que des conférences, ont des médecins qui viennent périodiquement immuniser les bébés et les enfants d'âge préscolaire qui leur sont amenés à cette fin.

Une variété de livres utiles[5] et d'autres publications relatives à l'hygiène infantile et maternelle sont distribués sur demande. Dans les villes importantes, plusieurs de ces livres et publications sont rédigés dans certaines langues autres que le français et l'anglais. Ceci est opportun, particulièrement dans les grands centres urbains où se trouvent un grand nombre d'immigrés qui parlent ou comprennent peu le français ou l'anglais, ou même qui ignorent complètement ces deux

[1] Cette visite n'est faite qu'avec la permission du médecin traitant.

[2] En Ontario, les déclarations des naissances faites en vertu de la Loi sur les statistiques démographiques *(The Vital Statistics Act)* ne sont pas envoyés aux services locaux de santé. Dans le cas où on n'effectue pas les visites d'usage dans les hôpitaux, le personnel des services doit rendre régulièrement visite à l'officier local de l'état civil ou conclure des ententes avec les hôpitaux régionaux. Il est plus difficile d'obtenir des renseignements sur les bébés qui sont nés en dehors de la région desservie par une unité sanitaire ou des services de santé donnés, bien que normalement leurs parents appartiennent à cette région. Par exemple, il se peut que les parents habitent une municipalité du grand Toronto, mais que l'accouchement ait lieu dans un hôpital situé dans une autre municipalité.

[3] Seules les infirmières-hygiénistes assistent à ces conférences.

[4] Aux consultations, un médecin est aussi présent. Il s'agit d'un médecin local qui a été engagé à cette fin, ou du médecin-hygiéniste. Dans les centres d'enseignement, les internes en pédiatrie peuvent dispenser les mêmes services.

[5] Préparés par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, le ministère provincial de la Santé et quelques services de santé municipaux importants.

langues. Ces émigrés représentent un groupe difficile à atteindre pour tous les genres de services de santé publique, et particulièrement pour les services d'ordre personnel comme les services d'hygiène maternelle et infantile.

Examen des résultats de l'étude sur place[1]

Les détails et la portée des programmes mis en vigueur dans les régions visitées variaient, même si leur structure générale était semblable. Les cours d'hygiène prénatale destinés aux femmes enceintes et parfois à leurs maris étaient offerts dans toutes les municipalités qui ont fait l'objet de l'étude, soit par les services de santé seulement, soit grâce à la collaboration établie entre ces services, les associations d'infirmières visiteuses et les organismes bénévoles de bien-être social. Bien qu'à l'origine, ces cours aient été destinés aux personnes qui faisaient partie des groupes socio-économiques inférieurs, nous avons constaté que la majorité des personnes qui y assistaient appartenaient aux classes sociales les plus fortunées et les plus instruites, et souvent, avaient été envoyées par leur obstétricien ou leur médecin de famille.

Dans l'une des régions étudiées, la plupart des médecins envoient à l'unité sanitaire les noms d'une grande partie des femmes enceintes qu'ils soignent[2]. A la demande des médecins, on visite ces mères à intervalles réguliers, entre les visites médicales[3]. Puisque la plupart des habitants des régions rurales et des petites villes ont un médecin de famille qu'ils appellent au moins en cas d'urgence, cette entente conclue avec l'unité sanitaire permet à la plupart des femmes enceintes de recevoir la surveillance nécessaire. Dans la même région, les infirmières-hygiénistes (grâce à un accord conclu avec la plupart des médecins) rendent visite à la mère après la naissance d'un enfant à l'hôpital, et même plus tard, lorsque cela est nécessaire ou qu'on en fait la demande, à son domicile afin de l'aider à s'occuper de son bébé. A ce moment, les infirmières tentent de convaincre les mères de rendre visite à leur médecin pour un examen postnatal. Certains médecins ne prisent pas ces efforts, parce qu'ils n'affectuent pas d'examen postnatal systématique. En général, ce programme est cependant bien accueilli et reçoit l'appui de la plupart des médecins et des familles. L'unité sanitaire organise aussi à intervalles réguliers, dans les plus grands centres urbains, des conférences sur l'hygiène infantile. La plupart des médecins incitent les mères et leurs enfants à y assister et quelquefois, ils y envoient aussi leur femme et leurs bébés. L'immunisation primaire est offerte à intervalles réguliers par le médecin-hygiéniste, à l'occasion des conférences. Plusieurs médecins ont déclaré qu'ils préféraient que les enfants qui étaient sous leur soin soient immunisés de cette façon.

---

[1] Pour obtenir plus de détails concernant les programmes des localités étudiées, voir appendices I-IV, pp. 219-402.

[2] Voir appendice III, p. 347.

[3] Dans une partie de la région, les infirmières visiteuses de l'Ordre de Victoria ont organisé un programme. Elles collaborent à l'enseignement prénatal, de même qu'aux visites à domicile pendant les six semaines qui suivent la naissance. Par conséquent, environ 45 p. 100 des mères ont reçu une ou plusieurs visites prénatales en 1962.

Dans d'autres localités étudiées, n'importe quelle future mère dont les services locaux ont entendu parler bénéficie de visites prénatales[1]. Par la suite, on fait les visites au besoin, particulièrement dans les cas où l'on sait que les mères n'ont pas de médecin de famille ou fréquentent simplement la clinique externe d'un hôpital quelconque, ou lorsque le médecin en fait la demande. Bien qu'une faible proportion des mères reçoivent les premiers soins infirmiers ou médicaux de leur grossesse au moment où elles arrivent à l'hôpital pour l'accouchement, aucun renseignement précis n'a pu être recueilli à ce sujet.

Dans la plupart des agglomérations, à l'exception des grandes villes, les infirmières-hygiénistes rendent aussi visite aux mères pendant qu'elles sont à l'hôpital, à moins d'instructions contraires. Dans ces régions, l'approbation des médecins a été obtenue dès que ce programme a été mis en vigueur. Dans les grands centres urbains, les services de santé apprennent la naissance des bébés (sauf dans le cas des mères qui ont été visitées avant l'accouchement) grâce aux ententes conclues avec l'officier local de l'état civil. Lorsque les renseignements tardent à arriver, il peut se produire un délai de 10 jours à deux semaines avant la première visite au domicile de la mère[2]. On propose qu'une copie du certificat de

[1] Une étude faite en Ontario en 1958 a révélé que la proportion de femmes enceintes visitées ne représentait que 13 p. 100 du nombre total des futures mères, dans 46 des 47 organismes de santé officiels qui fournissent des services prénataux, bien que, dans quelques cas, plus de 30 p. 100 des femmes enceintes ayant droit à ces services aient été visitées. On estime que 76 p. 100 de la population de la province vivait dans les régions étudiées. Les erreurs inhérentes à cette méthode de calcul sont décrites. G.K. Martin et K.B. Ladd, *"Maternal and Child Health Services, Ontario, 1958"*, *Canadian Journal of Public Helath*, mars 1961, p. 112.

Lors des études sur place où nous avons fait appel à la même méthode de calcul, les pourcentages de 1962 (comprenant les infirmières visiteuses de l'Ordre de Victoria, le cas échéant) relevés dans les localités possédant des services de santé et des unités sanitaires qui fonctionnaient à temps plein étaient d'environ 28 p. 100 dans la région sanitaire d'East York-Leaside, d'environ 12 p. 100 à Peterborough, de 28 p. 100 dans le comté de Huron (où il n'existe aucun service d'infirmières visiteuses de l'Ordre de Victoria) et de 45 p. 100 dans le district de Timiskaming (les services des infirmières visiteuses de l'Ordre de Victoria n'y existent que dans le canton de Teck). Les régions qui ne relèvent pas de l'unité sanitaire de Timiskaming ne disposent d'aucun service infirmier de santé publique et n'ont pas d'infirmières visiteuses de l'Ordre de Victoria.

[2] *Ibid.*, p. 114; Martin et Ladd mentionnent que parmi les 46 organismes officiels compris dans leur étude et qui avaient mis sur pied un programme de visites, 34 (73.9 p. 100) visitaient 75 p. 100 ou plus des mères pouvant participer à ce programme, 7 (15.2 p. 100) en visitaient de 50 à 74 p. 100 et 5 (10.9 p. 100) en visitaient de 25 à 49 p. 100 (ces mères recevaient au moins une visite au cours des quatre premières semaines après la naissance). Aucun de ces organismes ne faisait moins de visites. Ces chiffres n'incluent pas les visites faites par les associations d'infirmières visiteuses, à telles les infirmières de l'Ordre de Victoria. Ces pourcentages sont fondés sur une comparaison entre le nombre des visites et celui des naissances.

Dans les localités étudiées qui se sont servies de la même méthode de calcul, on a établi, d'après les certificats de naissance, que la proportion des visites faites en 1962 aux bébés âgés de moins de 4 mois par les infirmières-hygiénistes des services officiels de santé, atteignait environ 71 p. 100 dans la région sanitaire d'East York-Leaside. Les statistiques de l'O.I.V. indiquent que 205 enfants âgés de moins de 6 semaines ont été visités. Par conséquents, un peu moins de 11 p. 100 des autres enfants reçoivent une visite alors qu'ils sont âgés de moins de 4 semaines, 67 p. 100 à Peterborough (y compris ceux que visite l'O.I.V) et environ 64 p. 100 dans la région sanitaire de Timiskaming (environ 70 p. 100, y compris ceux que visite l'O.I.V. dans le canton de Teck). Les régions qui ne relèvent pas de l'unité sanitaire de la région de Timiskaming ne possèdent aucun programme de visites. Environ 54 p. 100 des bébés admissibles dans le comté de Huron recevaient des visites alors qu'ils étaient âgés de moins de deux semaines. On ne possède pas de renseignements relatifs aux visites faites aux enfants âgés de moins de quatre semaines. La proportion serait évidemment plus élevée. Elle était d'environ 58 p. 100 en 1961.

Dans les villes qui ont mis sur pied des programmes de visites aux nouveau-nés presque tous les bébés sont visités au moins une fois au cours de leur première année. Il est bon de souligner que la plupart des mères des régions sanitaires de Timiskaming et de Huron reçoivent une visite à l'hôpital et qu'elle ne sont visitées à domicile qu'en cas de nécessité.

naissance soit systématiquement envoyée par tous les officiers locaux de l'état civil aux services de santé du lieu de résidence de la mère. De plus, là où les infirmières n'ont pas l'autorisation de visiter les mères à l'hôpital, il se perd beaucoup de temps en visites systématiques inutiles. Les groupes d'infirmières visiteuses, telles les infirmières de l'Ordre de Victoria et celles de la *St. Elizabeth Visiting Nurses Association*, qui ont établi des programmes de visites prénatales et postnatales, présentent un autre problème. Malgré les efforts visant à empêcher le double emploi, il arrive souvent que les mères soient visitées à deux reprises.

Les personnes des classes socio-économiques les moins fortunées sont celles qui assistent en plus grand nombre aux conférences sur l'hygiène infantile; mais en plusieurs endroits, les mères des classes plus élevées y assistent aussi, souvent sur le conseil de leur médecin. Une partie[1] des mères appartenant aux classes sociales les moins fortunées n'ont pas recours aux services mis à leur disposition et ne vont pas non plus régulièrement chez le médecin avec leurs bébés; cela se produit particulièrement dans les grandes villes. Les visites faites par les infirmières-hygiénistes ont pour but d'inciter ces mères à faire suivre leurs enfants.

Dans certains des centres urbains importants, des cliniques d'hygiène infantile sont organisées. Un médecin y examine les enfants envoyés par les infirmières et les immunise. Il se peut que ce médecin soit le médecin-hygiéniste, mais à Toronto, des pédiatres et des médecins de famille sont recrutés à cette fin et touchent une rémunération horaire. Aucun traitement n'est administré. Les enfants qui doivent être traités sont envoyés à leur propre médecin ou aux hôpitaux.

L'assistance aux conférences et la fréquentation des cliniques d'hygiène infantile varient d'une ville à l'autre, mais elles ont diminué dans plusieurs villes, au cours des dernières années, sauf là où les médecins incitent particulièrement les mères à profiter de ces services, comme dans la région de Timiskaming[2]. On a aussi constaté que le nombre d'enfants âgés de plus de 12 à 18 mois que les mères amènent est négligeable, sauf lorsqu'il s'agit des injections de rappel en vue de l'immunisation. On estime que ce facteur reflète le niveau économique généralement élevé de l'Ontario et le grand nombre de personnes assurées en vertu de divers régimes, dont quelques-uns stipulent un nombre déterminé de visites aux bébés bien portants.

Les avantages des soins courants prénataux et postnataux et de l'hygiène infantile sont maintenant reconnus par tous. Les problèmes relevés au cours des visites semblent se rapporter aux relations entre médecins, hôpitaux et services de santé, ou à l'aspect financier de la question, pour les personnes qui ne détiennent pas d'assurance-santé. A tous les échelons, il existe certaines personnes, dont des médecins, qui témoignent peu d'intérêt relativement à ce genre de soins préventifs.

---

[1] Aucun renseignement précis n'a été obtenu.

[2] Ces remarques sont fondées sur les observations du personnel des unités sanitaires et des services de santé.

On suggère que là où des groupes médicaux ont été établis, le service de santé appuie les infirmières-hygiénistes selon un horaire prévu et les aide à administrer les soins prénataux, postnataux et d'hygiène infantile, y compris les immunisations primaires et les visites à domicile au besoin. Cette suggestion ne serait pas pratique pour les médecins qui exercent leur profession individuellement. Au lieu de cela, on recommande que ces médecins soient invités à se servir des installations des centres sanitaires et à faire appel au personnel infirmier, suivant un horaire prévu, de façon à fournir à leur malades les soins voulus. Ces mesures faciliteraient la surveillance de toutes les mères et de leurs enfants. Les désaccords entre les médecins et les services de santé locaux seraient moins fréquents, puisque tous les soins personnels seraient donnés par les médecins qui, de plus, recevraient l'aide des infirmières-hygiénistes. Cette proposition suppose que des mesures économiques visant à payer les honoraires des médecins (que ce soit par l'entremise du gouvernement ou d'organismes privés) seraient nécessaires, si l'on veut que tout le monde ait son médecin personnel. Des paiements spéciaux couvrant les soins prénataux et postnataux et l'hygiène infantile inciteraient les médecins à exercer une surveillance dans ce domaine. On propose, de plus, que cette surveillance soit maintenue au cours de toute la période préscolaire, pendant laquelle il est très important de suivre de près la croissance et le développement de l'enfant.

Les soins de consultants en obstétrique et en pédiatrie sont difficiles ou impossibles à obtenir dans plusieurs des régions visitées. On propose que dans les régions ou l'exercice indépendant de la médecine n'a pu attirer ces spécialistes, ils fassent partie des services régionaux de santé, comme nous l'avons indiqué aux chapitres II[1] et V[2].

Service d'hygiène scolaire

Généralités

La Loi sur l'hygiène publique *(The Public Health Act)*[3] stipule que les unités sanitaires ou les services de santé locaux doivent effectuer une inspection sanitaire annuelle des immeubles de toutes les écoles qui sont sous leur surveillance. Des formulaires détaillés spéciaux ont été préparés pour le médecin-hygiéniste et l'inspecteur sanitaire, à qui il appartient d'effectuer les inspections. Ces formulaires comprennent un espace réservé aux commentaires. Les rapports sont envoyés au ministère de la Santé de l'Ontario.

D'autres services peuvent être fournis grâce à des ententes entre le conseil local de la santé et le conseil local de l'éducation. Cependant, dans quelques rares régions, les conseils de l'éducation peuvent continuer à offrir des services d'hygiène scolaires si ces services répondent aux normes établies, s'ils ont été mis sur pied avant juillet 1924, ou si des ententes spéciales ont été conclues.

---

[1] Voir pp. 43-44.

[2] Voir pp. 101-102.

[3] Statuts revisés de l'Ontario, 1961.

Le programme scolaire peut comprendre seulement les services d'infirmières-hygiénistes ou englober également des services médicaux. Plusieurs regions ont institué des programmes d'examens physiques des enfants par leur médecin de famille, au moment où les enfants entreprennent leurs études. Là où ces programmes n'existent pas, on demande aux parents de consentir par écrit à un examen qui sera fait par le médecin-hygiéniste de l'école, s'il y en a un, ou sinon, à un examen physique superficiel par l'infirmière-hygiéniste. Des examens subséquents par le médecin-hygiéniste ou l'infirmière de l'école sont prévus aux termes du programme local.

Pour la plupart des programmes à temps plein, des examens de la vue et de l'ouïe sont faits à intervalles réguliers au cours des études de l'enfant, et si on découvre des déficiences, l'écolier est envoyé à un médecin. L'infirmière-hygiéniste consacre son temps à l'orientation et à l'enseignement de l'hygiène, et à des entretiens avec les professeurs.

Dans certaines municipalités et unités sanitaires importantes, il existe des services d'hygiène dentaire dans les écoles. Bien que ces services soient généralement limités à l'enseignement de l'hygiène dentaire et à un examen sommaire, après lequel l'élève est envoyé à un dentiste s'il y a lieu, certaines régions fournissent aussi le traitement nécessaire, qui peut même être accessible à tous les écoliers.

Certains conseils de santé et certaines commissions scolaires, particulièrement dans les grandes villes, offrent les services d'un consultant en hygiène mentale aux élèves. Ces services peuvent être directement offerts par le Conseil de l'éducation ou grâce à des ententes conclues avec les consultations locales d'hygiène mentale, sous les auspices des services locaux de santé, du ministère provincial de la Santé ou d'organismes bénévoles.

Examen des résultats de l'étude sur place

Dans les régions rurales qui n'ont que des médecins-hygiénistes à temps partiel, seule l'inspection sanitaire annuelle exigée sera effectuée[1]. S'il y a des services personnels d'hygiène scolaires, ils sont peu nombreux. Même dans les régions urbaines ayant institué des programmes à temps partiel, il se peut que les services offerts soient d'une portée relativement limitée, tandis que nous avons constaté que les unités sanitaires et les services à temps complet ont mis sur pied des programmes étendus de santé physique, et quelquefois d'hygiène mentale et dentaire. Ces derniers programmes sont considérés comme les plus indispensables à la société par les autorités de l'hygiène publique, de l'enseignement et des services sociaux connexes[2], dans les régions où aucun programme n'existe ou dans celles où les programmes n'en sont qu'à un stade rudimentaire.

---

[1] Même cet examen est souvent une pure formalité dans certaines écoles, paraît-il.

[2] Par exemple, le personnel de la Société de l'aide à l'enfance. Par exemple, voir l'appencice I, pp. 274-275, l'appendice II, pp. 327-328, et l'appendice III, p. 352.

L'orientation des services d'hygiène scolaires bien organisés s'éloigne des examens physiques de routine effectués par le personnel des services de santé et tend plutôt vers le dépistage des déficiences physiques et vers l'envoi subséquent des enfants au médecin s'il y a lieu. On s'occupe aussi de maintenir le niveau d'immunisation grâce à des injections de rappel systématiques et de donner des conseils aux élèves sur l'hygiène personnelle. Ce dernier domaine devrait, selon les instituteurs et le personnel des services de santé, prendre de l'expansion[1]. On exhorte les médecins de famille à faire les examens physiques d'usage, lorsque cela est possible. Dans la plupart des localités, les médecins de famille s'occupent maintenant de cette tâche dans 70 à 75 p. 100 des cas. Cependant, le reste des enfants ne subissent pas d'examen de ce genre pour diverses raisons, qui sont parfois des difficultés financières et parfois un manque d'intérêt de la part des parents. Ces enfants doivent donc être examinés dans le cadre d'un programme scolaire. Si on désire que cette nouvelle méthode prenne de l'envergure, il faudra adopter des mesures financières grâce auxquelles le coût de ces examens sera payé. Certains des régimes d'assurance présentement en vigueur ne comprennent pas les examens préventifs de ce genre.

Les aides-infirmières diplômées pourraient, plutôt que les infirmières-hygiénistes, effectuer une partie de ce travail de dépistage. On a proposé que les instituteurs fassent aussi des examens ordinaires de dépistage. Cependant, cette recommandation n'est pas des plus réalistes, puisqu'il faut avoir soin de ne pas faire perdre le temps des instituteurs compétents. Les instituteurs ont déjà de nombreuses fonctions qui ne sont pas en rapport direct avec l'éducation, dans certains endroits.

Certaines écoles souhaiteraient bénéficier des services d'une infirmière à temps plein, qui donnerait les premiers soins et traiterait les cas bénins de coupures, maux de tête, etc. Mais cela ne représenterait pas un emploi économique du temps des infirmières-hygiénistes ou des infirmières inscrites. On propose de conclure des ententes avec les médecins et les hôpitaux locaux, pour les cas où un véritable traitement est nécessaire et pour les événements sportifs. Pour les accidents bénins, les premiers soins donnés par tous les instituteurs ou par un instituteur assigné dans chaque école seraient plus pratiques que l'emploi d'une infirmière. Les instituteurs n'y perdraient pas tellement de temps, puisque les accidents qui surviennent pendant les cours sont relativement peu nombreux. Cependant, il y aurait lieu d'étudier les répercussions légales que pourrait avoir cette mesure, étant donné que certaines autorités juridiques estiment qu'il est illégal que les instituteurs donnent les soins courants pour des cas bénins.[2].

Plusieurs centres urbains importants du grand Toronto jouissent des services à plein temps d'hygiène mentale qui fournissent le diagnostic et le

---

[1] Ces deux groupes font remarquer la nécessité d'obtenir des services de consultation en psychiatrie, en psychologie et en matière de service social, pour les cas les plus graves. Plusieurs localités visitées ne possédaient pas ces services et le fardeau qui résultait de cette lacune retombait sur les infirmières-hygiénistes, qui ne sont pas préparées à ce genre de travail. Par exemple, voir l'appendice I, p. 233, et l'appendice III, p. 352.

[2] Il est entendu que les professeurs de la ville de Toronto ne sont pas autorisés à le faire.

traitement aux écoliers atteints de troubles psychologiques[1]. Le service de santé de la ville de Toronto ne dessert que les écoles séparées, tandis que la commission scolaire fournit des services complets aux écoles publiques primaires et secondaires. Dans plusieurs municipalités du grand Toronto et à Peterborough, on peut envoyer les écoliers aux cliniques communautaires d'hygiène mentale, qui sont dirigées par le ministère provincial de la Santé, les services locaux de santé ou des organismes bénévoles distincts.

Les services dentaires, à part l'enseignement de l'hygiène, ne sont offerts que dans certaines des municipalités les plus importantes. Ces services vont d'un examen superficiel effectué par l'infirmière de l'école (qui se charge d'avertir les parents lorsqu'un traitement se révèle nécessaire) à des programmes qui font appel à des dentistes-hygiénistes et à des auxiliaires dentaires. Ces derniers programmes consistent généralement en un examen dentaire pour les élèves de certaines classes et en un avertissement aux parents lorsqu'un traitement se révèle nécessaire. On ne fournit un traitement direct qu'aux élèves issus de familles familles pauvres, comme le fait, par exemple, le service dentaire de la ville de Toronto[2].

A titre d'exception à cette méthode générale, le canton de North York[3] offre depuis plusieurs années un examen complet et un service de traitement à n'importe quel enfant dont les parents le désirent. Ces services sont offerts grâce à un impôt foncier additionnel, perçu avec l'approbation des citoyens. Des dispensaires dentaires existent dans la plupart des écoles. Le coût de ce programme représente environ le tiers du budget total des services de santé, qui atteignait $356,893 en 1961.

Les petites municipalités du grand Toronto envoient au dispensaire de la Faculté de chirurgie dentaire de l'Université de Toronto les enfants des familles pauvres qui ont besoin d'être traités. Ce dispensaire n'accepte pas tous les malades, mais seulement ceux dont le cas peut servir à l'enseignement. Elle n'est pas un service de bienfaisance, mais un centre d'enseignement soutenu par l'Université. Il arrive parfois qu'une personne qui a un assez urgent besoin de soins doive attendre plusieurs semaines.

Les hôpitaux qui disposent de services dentaires ne sont pas tellement nombreux et s'occupent surtout des cas d'urgence. Même les hôpitaux qui offrent des services complets d'hygiène dentaire, par exemple *l'Hospital for Sick Children*, doivent choisir soigneusement leurs cas. Par conséquent, une proportion relativement élevée des enfants qui ont besoin de soins doit être refusée à la fois par le dispensaire de l'Université et par les services des hôpitaux.

Dans les localités rurales et dans les petits centres urbains, on incite les parents des enfants présentant des déficiences dentaires à les faire soigner.

---

[1] Voir appendice IV, pp. 397-398.

[2] Voir appendice IV, p. 399.

[3] Ibid.

Cependant, aucune mesure spéciale n'a été adoptée au bénéfice des personnes à faibles revenus. Les cas les plus urgents sont traités, en vertu d'un arrangement spécial, par des dentistes qui offrent leurs services gratuitement ou qui reçoivent des honoraires grâce à des dons d'organismes philanthropiques. Toute commission scolaire de l'Ontario peut conclure un accord avec un conseil de santé pour établir un programme scolaire d'hygiène dentaire, et recevoir du ministère provincial de la Santé, par l'intermédiaire de ce conseil local, un remboursement équivalant à 30 p 100 des dépenses, jusqu'à concurrence de $2,000 par année. Certaines municipalités rurales ont recours à ces subventions et concluent les accords nécessaires avec les dentistes qui administreront le traitement. A moins qu'une municipalité ne soit très petite, cette subvention ne permet pas de mettre sur peid pied de vastes services et la municipalité doit payer 70 p. 100 des dépenses en puisant à même les revenus des impôts locaux, ce qui n'est pas sans présenter un autre problème. Ce dernier facteur signifie, en pratique, que les municipalités qui ont recours à cette subvention sont relativement peu nombreuses. Les soins dentaires représentent, et pour les enfants, et pour la population en général, un des problèmes de santé les plus graves dans les régions rurales et les petits centres urbains[1].

Soins donnés par les infirmières-hygiénistes[2]

L'enseignement et la prophylaxie ont été décrits dans les sections de la présente étude consacrées à chaque programme d'hygiène publique. Dans ce paragraphe, nous ne traiterons que des services d'infirmières visiteuses.

Dans les villes importantes, comme le grand Toronto, les associations d'infirmières visiteuses, les infirmières visiteuses de l'Ordre de Victoria *(V.O.N.)* et la *St. Elizabeth Visiting Nurses Association* fournissent des services généraux de soins à domicile, ce qui comprend la prophylaxie, l'enseignement et les soins aux malades alités. Cependant, même dans les villes d'importance moyenne, le personnel des associations d'infirmières visiteuses est généralement peu nombreux. Par exemple, à Peterborough, on compte trois infirmières visiteuses de l'Ordre de Victoria, et dans le canton de Teck (district de Timiskaming), il n'y en a qu'une. Dans les régions rurales et dans la plupart des petits centres urbains, il n'existe aucune association d'infirmières visiteuses. Dans les régions rurales que nous avons visitées les soins aux malades alités à domicile sont offerts grâce à des ententes spéciales conclues entre les médecins indépendants, les familles et les infirmières qui habitent ces régions. Les infirmières-hygiénistes peuvent, dans une certaine mesure, fournir des soins de courte durée à des groupes spéciaux tels les cancéreux ou les vieillards, ou dans certaines unités sanitaires, à n'importe quel genre de malades.

Dans les centres urbains moyens ou petits, la répétition du travail et la division des services infirmiers en un service d'hygiène publique et en un petit

[1] Voir le chapitre III, pp. 63-66 , pour plus de détails concernant les soins dentaires donnés à la population des régions rurales et des petits centres urbains.

[2] Pour plus de détails concernant les programmes des quatre municipalités à l'étude, voir appendices I–IV, pp. 219-402.

groupe d'infirmières de l'Ordre de Victoria, est inutile et représente un gaspillage. Le problème d'une surveillance suffisante du faible effectif du *V.O.N.* se pose également, bien qu'une certaine surveillance soit exercée par le personnel provincial du *V.O.N.* sur tous les petits groupes locaux. Dans ces localité et dans les régions rurales, on propose que les unités sanitaires ou les services de santé offrent un service général de soins infirmiers, y compris les soins à domicile d'infirmières visiteuses. Cela serait particulièrement pratique si les infirmières-hygiénistes aidaient habituellement les médecins à donner des soins aux mères et aux enfants[1]. Ces mêmes infirmières-hygiénistes pourraient aussi donner des soins préventifs et des soins à domicile aux malades alités.

Dans les grandes villes où des associations d'infirmières visiteuses ont mis sur pied de vastes programmes et dans quelques cas, ont été fondées avant l'inauguration des services infirmiers d'hygiène publique, ces associations peuvent avoir des raisons d'ordres historique et personnel pour vouloir maintenir une identité distincte. Cependant, il faudrait adopter les mesures nécessaires visant à éviter tout double emploi des services et toute répétition inutile du travail. On pourrait réussir à coordonner le travail par la fusion des diverses associations sous la juridiction des services de santé (si cela est accepté), ou si les services de santé payaient une certaine somme à ces associations en échange de services bien déterminés. Les associations d'infirmières visiteuses qui accepteraient des ententes de ce genre pourraient être affectées à certains districts et y dispenser tous les soins prophylactiques, l'enseignement et les soins aux malades alités, comme le font les infirmières-hygiénistes dans leurs propres districts. Elles pourraient aussi ne s'occuper que des soins aux malades alités de toute la région, alors que les infirmières-hygiénistes, elles fourniraient les services de prophylaxie à la population entière. Les termes précis de l'entente relèveraient des autorités locales, mais il faudrait néamoins adopter les mesures nécessaires. Les services des infirmières visiteuses sont maintenant reconnus comme essentiels au bien-être de la société, et dans la plupart des régions, ces organisations d'infirmières sont de plus en plus soutenues par des fonds publics, grâce à des subventions et aux sommes qu'on leur verse en échange de leurs soins aux personnes qui touchent des allocations sociales. Le financement de ce programme fondamental ne devrait plus connaître, même en partie, les incertitudes amenées par les souscriptions publiques[2].

NOUVEAUX PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE

Bien que certains services communautaires de santé soient en train d'établir des programmes afin de répondre aux nouveaux besoins de la population dans certains domaines de la santé publique, tels ceux de la maladie chronique, des

---

[1] Voir pp. 31-32.

[2] Par exemple, un rapport publié dans *The Globe and Mail* de Toronto, le 1er mars 1963, mentionne que le *United Community Fund of Greater Toronto* a dû diminuer, en 1963, le montant des subventions qu'il versait à plusieurs organismes, y compris aux infirmières visiteuses de l'Ordre de Victoria. La division de Toronto a dû réduire son personnel de 123 à 105 membres, et mentionne qu'elle devra peut-être effectuer de nouvelles réductions.

soins aux vieillards, des soins à domicile, de l'hygiène mentale, de la rééducation, du dépistage collectif et du dépistage polyphasé, de la lutte contre les accidents et de la planification des familles, ces programmes sont encore relativement peu nombreux. L'éducation du public en matière d'hygiène doit progresser. Les relations entre les divers services communautaires doivent prendre de l'ampleur. Il existe certains domaines qui, selon nous, exigent une extension des services de santé publique, puisque le succès dépendra tout aussi bien d'une planification et d'une organisation adéquates que de la compétence technique. Certaines autres parties du présent document se rapportent au rôle possible de l'hygiène publique[1]. Le besoin de services plus nombreux est évident. Le moment est venu de passer à l'action et d'entreprendre la planification!

RELATIONS AVEC LES AUTRES SERVICES COMMUNAUTAIRES ORGANISÉS

Les rapports avec les autres services de santé communautaires organisés sont surtout d'ordre personnel et conséquemment, varient d'un endroit à un autre. L'élément personnel est essentiel et demeurera toujours le moyen le plus sûr d'assurer une bonne collaboration. Cependant, nous croyons qu'un genre de régime administratif officiel qui engloberait les différents services de santé communautaires organisés favoriserait davantage la collaboration et la coordination. On ne se demanderait plus, comme on le fait souvent, si ce sont les organismes gouvernementaux, les hôpitaux, ou d'autres organismes locaux qui doivent assurer les services dans ces domaines, puisque les services seraient dispensés en commun. Le personnel spécialisé serait à la disposition de la collectivité. On ne devrait plus tolérer la division actuelle des services, car elle constitue un gaspillage d'argent et de personnel. Selon nous, l'établissement d'une organisation régionale des services de santé[2] qui comprendrait les hôpitaux, les services d'hygiène publique et les autres programmes de santé tels que la réadaptation, les soins à domicile (y compris les soins d'infirmières visiteuses), l'hygiène mentale, les soins aux vieillards et les services ambulanciers, permettrait d'atteindre les objectifs visés.

---

[1] Voir chapitre II, pp. 39-62 et chapitre III, pp. 63-86.

[2] Voir chapitre IV, pp. 87-93.

CHAPITRE II

SERVICES HOSPITALIERS DE CARACTÈRE LOCAL

STRUCTURE GÉNÉRALE

Les hôpitaux de l'Ontario[1] peuvent se répartir en quatre catégories: hôpitaux publics généraux, hôpitaux publics spécialisés, hôpitaux privés et hôpitaux fédéraux. Les propriétaires et administrateurs des hôpitaux publics généraux peuvent être soit des associations ou sociétés civiles privées, soit des sociétés ou associations religieuses, soit des municipalités, soit la province. Ces hôpitaux dispensent, sans but lucratif, des services d'ordre général au public[2]. Les propriétaires et administrateurs des hôpitaux publics spécialisés prodiguent aussi leurs services sans but lucratif, mais ils ne traitent qu'un genre particulier de maladie ou qu'une catégorie de malades[3]. Les hôpitaux privés sont des entreprises à but lucratif dont les propriétaires peuvent être soit des particuliers ou des associations laïques, soit, plus rarement, des sociétés religieuses[4]. Les hôpitaux fédéraux sont la propriété du gouvernement fédéral et sont administrés par des

---

NOTA: Tous les renseignements donnés dans les renvois qui suivent sont tirés du *Canadian Hospital Directory, 1962* (Toronto: l'Association canadienne des hôpitaux, 1962), p. 13, tableaux 1 et 2.

[1]Sur 319 hôpitaux, 115, qui disposaient d'un total de 2,745 lits comptaient moins de 50 lits chacun; 59, avec 4,153 lits, comptaient chacun entre 50 et 99 lits; 59, avec 8,113 lits, disposaient respectivement de 100 à 199 lits; 30, avec 7,219 lits, avaient entre 200 et 299 lits chacun; 22, avec 7,940 lits, comptaient chacun entre 300 et 499 lits; enfin, 34, avec 37,672 lits, comptaient 500 lits ou plus chacun.

[2]Sur 190 établissements qui offraient un total de 31,601 lits, 122, avec 16,226 lits, étaient dirigés par des laïques; 45, qui comptaient en tout 9,423 lits, étaient administrés par des communautés ou des organismes religieux; 22, qui possédaient en tout 5,887 lits, étaient municipaux, et 1, qui avait 65 lits, était provincial. De ces lits, 29,043 étaient réservés aux cas de médecine générale, 1,581 aux cas chroniques et 465 aux cas psychiatriques; les autres lits servaient aux cas orthopédiques, aux cas de maladies contagieuses, ou étaient réservés à la convalescence.

[3]Sur 59 établissements avec un total de 30,578 lits, 25, qui comptaient en tout 4,818 lits, étaient dirigés par des laïques, 8, avec un total de 1,754 lits, l'étaient par des communautés ou des organismes religieux; 3, avec en tout 299 lits, étaient municipaux, et 23, avec un total de 23,707 lits, étaient provinciaux. De ces lits, 22,764 étaient réservés aux cas psychiatriques; 26 seulement ne se trouvaient pas dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux; 3,980 servaient aux cas chroniques; 3,101 étaient réservés aux tuberculeux, et de ce nombre, 2,333 se trouvaient dans des sanatoriums dirigés par des laïques; 583 servaient aux convalescents et 150 aux cas de médecine générale.

[4]Sur 55 hôpitaux qui comptaient un total de 1,787 lits, 50, qui disposaient en tout de 1,625 lits, étaient administrés par des laïques (ils recevaient surtout des cas de maladies chroniques ou psychiatriques), et 5, qui comptaient 162 lits, étaient dirigés par des communautés ou des organismes religieux.

ministères fédéraux; ils dispensent des soins généraux ou spécialisés à des groupes particuliers de citoyens à qui le gouvernement fédéral s'est engagé à fournir les soins médicaux. Ce sont les Indiens, les Esquimaux, les ouvriers qui travaillent à des entreprises fédérales, et les membres des forces armées[1].

La Commission des services hospitaliers de l'Ontario, qui relève de la Législature par l'intermédiaire du ministre de la Santé, mais dont l'administration est distincte de celle du ministère provincial de la Santé, a deux principales fonctions. D'abord, elle administre un régime d'assurance-hospitalisation dont les frais sont partagés avec le gouvernement fédéral. Les employés qui font partie d'un personnel d'au moins 15 membres sont obligés de participer à ce régime. L'employeur qui compte de 6 à 14 personnes à son service peut demander à la Commission de les inscrire à ce régime. Les primes sont déduites à la source et envoyées à la Commission par les employeurs. D'autres personnes peuvent s'adresser directement à la Commission pour obtenir une assurance individuelle ou familiale et payer les primes directement tous les trimestres. Cette assurance est valable à condition que la prime soit payée d'avance. Les nouveaux assurés sont protégés à compter du premier jour du troisième mois qui suit la date de réception de la prime initiale. En février 1963, on calculait qu'environ 97.3 p. 100 de la population de l'Ontario avait droit, grâce à cette assurance, à tous les services hospitaliers essentiels, exclusion faite des honoraires des médecins indépendants, et à tous les soins d'urgence pour malades externes comme aux examens subséquents qui s'imposent au cours des 24 heures qui suivent un accident[2]. Les municipalités peuvent payer les primes de leurs indigents, ou encore, payer les comptes de ceux-ci quand ils sont hospitalisés, à un taux *per diem* fixe. La province paie les primes de ceux qui reçoivent des allocations d'assistance.

La Commission est aussi chargée d'établir un régime hospitalier qui réponds aux besoins de la province. C'est la tâche de la Direction des services hospitaliers, qui comprend deux divisions. La Division des services consultatifs pour les hôpitaux offre aux hôpitaux les conseils et l'assistance de consultants experts, relativement aux différents aspects des services et de l'administration. La Division de la planification hospitalière approuve les plans de construction, d'agrandissement et de rénovation des hôpitaux en vue des subventions provinciales et fédérales. Cette division recueille aussi les données sur l'utilisation des lits, etc., et poursuit les études nécessaires à l'exercice de ses fonctions de planification. Pour fins de planification, la Commission a classé les hôpitaux de traitement actif en trois catégories. Les hôpitaux communautaires sont des hôpitaux petits ou moyens qui desservent une localité, et qui fournissent surtout des services de médecine générale, d'obstétrique, et de chirurgie pour les cas bénins ou relativement bénins. Les hôpitaux de district sont des hôpitaux plus

---

[1]Quinze établissements possédaient en tout 3,876 lits, dont 2,330 étaient réservés aux cas de médecine générale, 902 aux cas psychiatriques, 528 aux malades chroniques, et 116 aux tuberculeux.

[2]Selon le rapport du ministre de la Santé, présenté à la législature de l'Ontario en février 1963. Le régime de l'Ontario s'étend aux soins donnés dans les sanatoriums et les hôpitaux psychiatriques, mais les frais qu'entraînent ces soins ne sont pas partagés avec le gouvernement fédéral.

importants, qui desservent des localités plus considérables et qui, en plus de donner un service de caractère local, reçoivent aussi des cas spéciaux; ces malades leur sont envoyés parce que les hôpitaux de district disposent d'un personnel, d'appareils et d'un ensemble de services plus spécialisés. Les hôpitaux régionaux[1] sont de grands hôpitaux qu'on trouve dans les centres universitaires et dans certaines autres villes, et qui offrent un éventail complet de services spécialisés. L'hôpital régional constitue un centre vers lequel on dirige les malades d'un vaste territoire environnant et qui fournit en même temps des soins d'un caractère plus général aux citoyens de la localité où il se trouve.

ANALYSE DES CONSTATATIONS DE L'ÉTUDE SUR PLACE[2]

Personnel et services

Personnel médical dans les centres ruraux, dans les petits centres urbains et dans les localités isolées

L'un des graves problèmes qui se posent en dehors des grands centres urbains est l'absence relative et parfois totale de spécialistes compétents de toutes les catégories, même les plus indispensables, c'est-à-dire le chirurgien général, l'interniste, l'obstétricien et le pédiatre. En raison de cet état de choses, il est difficile d'établir une surveillance sérieuse du travail hospitalier par des comités composés de membres du personnel, par exemple, un comité de l'histologie ou un comité d'étude de la mortalité infantile. Il est également difficile d'établir une règlementation déterminant la nature du travail que peuvent faire des médecins qui possèdent divers degrés de formation.

L'une des villes que nous avons visitées fournit un exemple de ces difficultés[3]. Cette ville possède un hôpital de 40 à 60 lits, qui dispose d'un nombre restreint d'infirmières et d'auxiliaires et, évidemment, d'un équipement incomplet. Moins de six médecins sont attachés à cet hôpital; la plupart d'entre eux possèdent une certaine expérience pratique de la chirurgie, mais ne détiennent pas de titres officiels dans ce domaine. Quand nous avons demandé quels genres de services fournissait l'hôpital, on nous a répondu que toutes les interventions majeures telles que les cas de neuro-chirurgie, les opérations à la colonne vertébrale et les cas de chirurgie cardiaque, se faisaient à Toronto ou dans le plus grand hôpital de la région. On ne faisait, au petit hôpital susmentionné, que des interventions gastro-intestinales et d'autres interventions ordinaires. Les médecins de cette localité sont des praticiens compétents et honnêtes. A une époque où les moyens de communications et de transport étaient moins complets, ils devaient

---

[1] Ottawa, Kingston, London, Toronto et Hamilton sont des centres régionaux. Windsor et Sudbury sont considérés comme des centres sous-régionaux.

[2] On trouvera des détails précis sur les quatre localités étudiées, aux appendices I-IV, pp. 219-402.

[3] Pour des raisons évidentes, nous avons quelque peu modifié les détails touchant cet hôpital, afin de ne pas révéler l'endroit où il se trouve. Il serait inutile de préciser, puisque son cas sert uniquement d'exemple.

probablement être obligés de pratiquer eux-mêmes des interventions difficiles. Néanmoins, si l'on considère la façon de procéder et les moyens de transport modernes, on peut douter sérieusement qu'il soit recommandable d'agir ainsi.

Un tel hôpital, même s'il est suffisamment grand, ne peut ordinairement répondre aux exigences du Conseil canadien des normes hospitalières relativement aux fonctions du personnel médical[1]. Tous les médecins attachés à cet hôpital considèrent que leur position professionnelle vaut celle des autres médecins, et ils acceptent difficilement que des collègues, qui sont en même temps des concurrents, exercent sur leur activité professionnelle une surveillance même restreinte ou examinent la qualité de leur travail. Même quand les médecins travaillent en groupe, il semble parfois que les membres d'un groupe n'aiment guère que ceux d'un autre groupe examinent leur travail.

Il est intéressant de noter que, dans certaines régions, on compte plusieurs catégories relativement rares de spécialistes, par exemple des radiologues et des pathologistes, alors qu'il y a peu de chirurgiens, de pédiatres, d'obstétriciens et de spécialistes en médecine interne qui détiennent un certificat ou le titre d'agrégé dans leur spécialité. Parfois même, ces spécialistes manquent complètement. La radiologie et la pathologie exigent une haute spécialisation et sont en réalité des services auxquels les autres médecins ont recours. De ce fait, les spécialistes dans ces domaines ne sont pas considérés comme des rivaux. Il semble évident que ces derniers accepteraient de s'établir dans les régions et les districts ruraux ou isolés, s'ils étaient assurés d'un travail et d'un revenu suffisants. Ainsi, dans le district de Timiskaming, deux radiologues fournissent leurs services dans les hôpitaux de la région et se rendent aussi, chaque semaine, dans un certain nombre d'hôpitaux situés en dehors du district[2]. Ainsi, ils ont autant de travail qu'ils en désirent et ils ont des revenus satisfaisants[3]. De même, le pathologiste de Haileybury partage ses services entre les hôpitaux de Haileybury et de New Liskeard[4], tandis que celui de Kirkland Lake partage les siens entre les hôpitaux de Kirkland Lake et d'Englehart[5]. Par contre, dans d'autres régions, cette façon de procéder n'existe pas et l'on n'y trouve pas ces spécialistes.

Si l'on instituait un régime régional des services de santé, de tels spécialistes hésiteraient moins à s'établir dans les petits centres, car ils seraient ainsi assurés d'un volume de travail et d'un revenu suffisants. Selon les conditions locales, la formule de rémunération pourrait prendre la forme d'un traitement pour travail à plein temps ou d'honoraires fixes pour chaque consultation, avec ou sans

[1] Le Conseil travaille à dresser un plan pour faire agréer certains petits hôpitaux.

[2] Voir appendice III, p. 360.

[3] La formule semble donner satisfaction. Elle présente cependant une possibilité de danger; en effet, un radiologue risque d'en arriver à fournir ses services à tant d'hôpitaux qu'il devra se contenter de lire les rapports, puisqu'il est financièrement plus avantageux d'engager des techniciens pour effectuer le travail radiographique proprement dit. Une telle situation soulèverait des questions sur la surveillance et la qualité du travail. Un régime régional éliminerait ce danger en puissance, qui découle du système actuel, relativement mal organisé.

[4] Voir appendice III, p. 360.

[5] Ibid.

traitement de base. Les radiologues et les pathologistes seraient à la disposition de tous les médecins de la région, et non pas seulement de ceux qui sont attachés à un hôpital en particulier.

On pourrait aussi utiliser une formule régionale, afin de retenir les services de spécialistes qui agiraient comme consultants dans les cas qui se présentent plus rarement, comme par exemple, des orthopédistes, des psychiatres, des ophtalmologistes, des oto-rhino-laryngologistes, des urologues et des dermatologistes, qui doivent compter sur une population relativement dense pour s'assurer du travail à plein temps en qualité de consultants. D'après les données des régimes d'assurance-santé pour l'exercice en groupe aux États-Unis, il faut environ 35,000 à 60,000 personnes, suivant les facteurs géographiques et démographiques, pour défrayer entièrement le coût de ces services[1].

Les spécialistes devraient avoir leurs bureaux et tout l'équipement qu'il leur faut à l'hôpital principal de la région. Autrement, chacun des hôpitaux tenterait peut-être d'obtenir des installations et des appareils spéciaux, ce qui serait inutilement coûteux.

Il est plus difficile de déterminer de quelle façon on pourrait attirer des spécialistes des domaines essentiels tels que la pédiatrie, l'obstétrique, la médecine interne et la chirurgie générale. S'ils s'établissent dans des localités rurales et dans des petites villes, ces spécialistes sont ordinairement obligés de faire beaucoup de médecine générale pour s'assurer un revenu convenable. Ils font ainsi concurrence à leurs collègues. C'est pourquoi les omnipraticiens ne tiennent pas à diriger leurs malades vers un spécialiste, de crainte que ce dernier ne devienne leur médecin de famille après la consultation. Au cours de nos visites sur place, on nous a cité des exemples de spécialistes qui s'étaient établis dans de petites villes et des centres ruraux et qui n'ont pu y demeurer, parce que le volume de leurs consultations était insuffisant.

Une forme quelconque d'exercice en groupe serait peut-être une solution à ce problème. Dans une certaine région, on a amené, grâce à cette formule, un chirurgien diplômé[2]. Mais il y aurait le risque que seuls les médecins qui font font partie d'un groupe acceptent de diriger leurs malades vers le spécialiste qui qui est membre de ce même groupe. Les médecins qui ne font pas partie du groupe ou qui appartiennent à un autre groupe hésiteraient peut-être à consulter ce spécialiste. On pourrait favoriser l'essor de la pratique en groupe au moyen de prêts gouvernementaux à longue échéance et de programmes de paiement anticipés.

Pour ce qui est des centres isolés et peu habités, il semble que seule la formule régionale décrite précédemment pour les spécialistes de catégories plus rares permettrait d'attirer des spécialistes des domaines essentiels[3] Toute la

---

[1] John E.F. Hastings, *Report to the Toronto Labour Health Centre Organizing Committee* (Toronto: Comité d'organisation du centre de santé de la main-d'œuvre de Toronto, 1962), pp. 20—21.

[2] Voir appendice III, p. 359.

[3] Voir p. 42.

région pourrait recourir à ces consultants. Ces spécialistes devraient pouvoir compter sur un traitement de base assuré, si l'on voulait qu'ils se consacrent entièrement à la consultation. De cette façon, ils cesseraient de constituer un danger économique pour les omnipraticiens, qui grâce à cette collaboration spécialisée, pourraient rehausser les normes des services qu'ils fournissent. Si la situation économique et les autres facteurs locaux le permettent, on pourrait prévoir des honoraires additionnels pour chaque consultation, en plus du traitement de base pour le travail dans la région.

Aucune des régions que nous avons visitées ne souffrait d'une véritable pénurie d'omnipraticiens. Mais il est arrivé parfois que certaines d'entre elles connaissent une pénurie temporaire en ce domaine. Il reste à savoir si le programme du ministère de la Santé de l'Ontario, qui accorde de l'aide financière aux étudiants en médecine à condition qu'ils fassent un stage dans une région rurale après avoir obtenu le droit de pratiquer leur profession, apportera une solution à la pénurie d'omnipraticiens dans les centres ruraux et isolés. Ce programme aidera certainement à amener des médecins dans les régions rurales qui ne sont pas trop isolées et dont la population relativement nombreuse peut faire vivre un médecin indépendant. Toutefois, il n'améliorera probablement pas les perspectives des régions isolées dont la population est clairsemée et plutôt pauvre, à moins qu'on ne fournisse à ces régions, en plus de services hospitaliers suffisants, du personnel et des services auxiliaires, qu'on n'établisse des moyens de transport[1] de nature à favoriser les consultations, et qu'on n'offre aux médecins des logements convenables et un traitement de base suffisant et assuré.

Un régime régional de services de santé permettrait de fournir ces avantages supplémentaires. Certains omnipraticiens d'abord attirés par ce régime régional pourraient bien, par la suite, s'établir définitivement dans la région parce qu'ils y trouveraient l'existence agréable. Cependant, si l'on en juge par les résultats des programmes comparables établis en Grande-Bretagne, en Scandinavie et ailleurs, il est probable que la plupart des médecins quitteraient ces centres après deux ans, cinq ans au plus, pour des raisons familiales et personnelles autant que pour des raisons d'ordre professionnel. Cette méthode d'assistance financière avec stage obligatoire, ajoutée à la formule proposée pour les spécialistes régionaux et indiquée ci-dessus[2], permettrait tout de même d'assurer des services aussi satisfaisants que possible dans les régions isolées où la population est peu nombreuse.

Les gouvernements et la profession médicale doivent étudier avec réalisme la question d'assurer les services médicaux essentiels dans des endroits isolés et où la population est clairsemée, ainsi que les services de spécialistes dans

---

[1] Par exemple, un service ambulancier par train, automobile ou avion grâce auquel on pourrait facilement transporter des malades à l'hôpital régional ou à un hôpital de grande ville, en cas de besoin.

[2] Voir pp. 42—43.

les régions rurales et les petites villes. Les efforts actuels n'apportent aucune solution au problème. Nous étudierons d'autres solutions possibles au chapitre III[1].

Infirmières autorisées et infirmières auxiliaires

Les quatre régions visitées souffrent d'une pénurie plus ou moins grande d'infirmières autorisées[2] pour soigner les malades alités des hôpitaux. Ce manque de personnel se fait surtout sentir au cours des vacances d'été, ainsi que pour le travail de nuit et de fin de semaine.

De plus, divers facteurs ont créé une pénurie artificielle qui s'ajoute à la pénurie réelle. Les infirmières en service privé passent actuellement plus de la moitié de leur temps à exercer des fonctions qui n'ont rien à voir avec leur profession. On utilise mal le temps des infirmières en leur confiant des tâches de secrétaire ou en leur assignant d'autres genres de fonctions quand le personnel est insuffisant, comme lorsque, par exemple, on les fait travailler à la pharmacie de l'hôpital durant la nuit. Il serait possible de réduire le nombre des infirmières en service privé, si tous les hôpitaux fournissaient les services nécessaires dans les chambres privées aussi bien que dans les salles publiques. Les infirmières autorisées seraient employées à bien meilleur escient si l'on utilisait plus largement des mesures comme les soins progressifs aux malades, et si l'on réorganisait la disposition des salles et la formule des services hospitaliers en fonction de la gravité des cas plutôt que d'avoir, comme actuellement, une série de services différents et spécialisés.

Nous avons été témoin de l'un des pires cas de manque de personnel au *Misericordia Hospital* de Haileybury. A l'époque de notre visite, cet hôpital comptait 199 lits et seulement 25 infirmières autorisées, y compris des religieuses qui possédaient un diplôme d'infirmière. Les infirmières autorisées agissaient comme surveillantes ou assistantes dans les salles d'opérations. Les malades alités recevaient les soins de ces infirmières seulement quand leur état était grave. Les autorités de l'hôpital étaient fort alarmées de leur impuissance à fournir des soins de la qualité qu'ils jugeaient nécessaire au bien-être des malades. Presque tous les médecins et les malades se plaignaient aussi de cet état de choses. Sans la collaboration d'un nombre considérable d'aides-infirmières autorisées, cet hôpital n'aurait pu fonctionner à plein rendement[3]. C'est uniquement

---

[1] Voir pp. 63—66.

[2] Comme il est précisé dans la Loi sur les infirmières de 1961-1962 (Ontario), les infirmières doivent suivre des cours dans des universités ou, pendant trois ans dans des hôpitaux agréés, après l'obtention du certificat de 13e ou de 12e année des écoles secondaires de l'Ontario, ou encore au *Nightingale School* de Toronto, qui est autonome et où les étudiantes peuvent suivre un cours de deux ans, quand elles ont obtenu leur certificat de 13e année d'une école secondaire de la province.

[3] Antérieurement appelées aides-infirmières inscrites. Aux termes de la Loi sur les infirmières de 1961-1962 (Ontario), elles sont maintenant désignées sous le nom d'aides-infirmières autorisées. Le ministère provincial de la Santé a aidé certains hôpitaux et certaines écoles secondaires techniques ou professionnelles affiliées aux hôpitaux, à instituer des cours approuvés pour les aides-infirmières. Ce ministère offre lui-même des cours dans différents centres. En octobre 1962, il se donnait 39 cours approuvés, dont cinq étaient offerts par le Ministère, deux par des écoles professionnelles ou techniques, un par le Corps royal de santé de l'Armée canadienne, et les autres par divers hôpitaux. Voir appendice III, p. 364.

parce qu'il offre un cours de formation officiellement reconnu par la Province qu'il a pu obtenir les services d'un aussi grand nombre d'aides-infirmières autorisées. En raison du niveau d'instruction requis pour être admise, des matières au programme et de la durée du cours[1], les aides-infirmières diplômées ne peuvent donner que certains soins cliniques aux malades et font surtout des travaux de routine.

Dans le district de Timiskaming[2] et le comté de Huron[3], certains hôpitaux manquaient aussi d'infirmières autorisées, mais non de façon aussi marquée. On a dû retarder l'inauguration de certains services nouveaux dans des hôpitaux de la région métropolitaine de Toronto et à Peterborough. Dans d'autres cas, on a été obligé de fermer temporairement certaines sections au cours des mois d'été, parce qu'il a été impossible de recruter un nombre suffisant d'infirmières licenciées.

Dans les centres urbains importants surtout, les revenus et les conditions de travail de l'infirmière ne sont pas aussi attirants que ceux qu'offrent aux femmes certaines autres carrières. Il est essentiel que le traitement des infirmières soit relevé et puisse se comparer avec celui des membres des autres professions, et que l'on accorde des suppléments à celles qui ont suivi des cours de perfectionnement.

La situation socio-économique d'une région semble constituer un facteur important, en dehors des grandes villes et des villes moyennes. Ainsi, Goderich, Kirkland Lake et New Liskeard attirent des familles instruites, parce qu'on y trouve beaucoup d'entreprises et d'industries. Dans ces familles, certaines des épouses sont des infirmières autorisées. Les régions qui sont principalement des centres miniers ou uniquement des centres d'achats ruraux attirent moins les familles cultivées.

Sans les infirmières mariées, toutes les régions étudiées souffriraient beaucoup du manque de personnel, et cela non seulement dans les hôpitaux, mais dans tous les domaines des soins infirmiers. Il faudrait songer davantage à employer à temps partiel, le jour, des infirmières mariées, comme on le fait déjà dans nombre d'endroits. Les cours d'entretien pour les infirmières diplômées depuis un certain nombre d'années, tels ceux qui sont donnés par l'Association des infirmières autorisées de l'Ontario, sont très utiles. Une organisation régionale des services de santé faciliterait la planification et l'établissement de cours de ce genre.

Le fait que les jeunes filles aient, aujourd'hui plus qu'autrefois, la possibilité d'embrasser des carrières diverses, est un autre facteur dans toutes les régions. Un nombre proportionnellement plus grand de jeunes filles devraient être

---

[1] La durée de ces cours est de 10 mois, à l'exception de plusieurs cours du soir à temps partiel dont la durée est de 12 mois. Les candidates doivent avoir terminé au moins la 8e année du système scolaire de l'Ontario, être âgée de 17 ans et présenter un certificat de bonne santé. Certains centres exigent une formation scolaire plus étendue. Les cours doivent répondre aux normes du programme et aux exigences du personnel enseignant. Le programme comprend la théorie et la pratique sous surveillance.

[2] Voir appendice III, pp. 362-367.

[3] Voir appendice II, pp. 309-319.

incitées à faire des études assez poussées pour leur permettre d'embrasser des carrières comme celle d'infirmière.

Nombre d'éducateurs entretiennent des doutes sur la valeur des cours des écoles d'infirmières rattachées à des hôpitaux, même lorsqu'il s'agit d'hôpitaux importants. On se demande si ces cours, basés sur des méthodes d'enseignement semblables à celles qu'on emploie dans l'apprentissage de certains métiers, et qui donnent plus d'importance aux exigences des services hospitaliers qu'aux études des futures infirmières, correspondent aux besoins actuels. Dans les autres domaines professionnels, les cours de ce genre ont pratiquement cessé d'exister. Nous craignons que cette formule désuète puisse détourner de la carrière d'infirmière des jeunes filles qui, autrement, songeraient à s'y engager. Du point de vue culturel, on doit préconiser l'établissement d'écoles indépendantes comme la *Nightingale School*, de Toronto, qui peut donner à l'étude la place qui lui revient, tout en utilisant les stages dans les hôpitaux pour la formation pratique de ses élèves. Les cours universitaires offriront toujours de précieux avantages aux personnes qui possèdent des diplômes nécessaires et qui projettent de se spécialiser dans l'enseignement, la recherche, l'administration ou l'hygiène publique.

Une étude détaillée des écoles d'infirmières n'entre pas dans le cadre de cette étude. Néanmoins, certaines remarques s'imposent au sujet des problèmes notés dans les petits centres urbains et ruraux, puisque, dans une large mesure, les questions relatives à l'éducation et au personnel sont interdépendantes. Les petits hôpitaux et même les hôpitaux d'importance moyenne ne peuvent diriger des écoles d'infirmières où les normes soient satisfaisantes. Ils ne peuvent se procurer les services d'infirmières qui ont suivi des cours postuniversitaires pour donner des cours théroriques, des cours cliniques et une surveillance qui répondent à des normes acceptables. Ces hôpitaux reçoivent des cas d'une diversité trop restreinte pour permettre un enseignement vraiment complet. Il n'est donc pas pratique que les petits hôpitaux ou même les hôpitaux d'importance moyenne aient leurs propres écoles d'infirmières.

On pourrait résoudre le problème de formation qui existe dans les centres ruraux et les petites villes grâce à des écoles régionales d'infirmières, administrées indépendamment de tout hôpital et financées par les provinces, écoles dont le programme serait basé sur celui de la *Nightingale School* de Toronto[1]. Par exemple, il serait logique d'établir, dans la région de Timiskaming, une école régionale qui pourrait recourir aux hôpitaux de Kirkland Lake et de Haileybury et, à un degré moindre, aux hôpitaux de New Liskeard et d'Englehart, pour la formation pratique de ses étudiantes. De même, dans le comté de Huron, une école régionale pourrait envoyer ses élèves en stages cliniques non seulement à l'hôpital central de Goderich, mais aussi aux hôpitaux moins importants de Wingham, Clinton, Exeter et Seaforth. Ces écoles pourraient obtenir des professeurs compétents[2] et

[1] La *Nightingale School* offre un cours d'une durée de deux ans. Les écoles régionales pourraient soit adopter ce genre de cours, soit donner des cours sur différentes spécialisations, cours qui prolongeraient la durée des études. Des cours postuniversitaires pourraient également permettre d'accéder à certaines spécialités.

[2] Les écoles régionales pourraient retenir les services de professeurs spéciaux, médecins et infirmières, attachés à des centres plus importants et qui donneraient des cours groupés dans une même période.

des surveillantes du travail clinique, et donner des cours qui répondraient à des normes académiques acceptables. Sous un tel régime, il serait également possible d'inclure certains cours de spécialisation dans le programme. Les écoles régionales pourraient conclure des ententes avec les hôpitaux provinciaux les plus rapprochés, afin que leurs élèves acquièrent de l'expérience dans le soin des malades mentaux, et avec le sanatorium le plus voisin, afin qu'elles se familiarisent avec les soins à donner aux tuberculeux. Des écoles indépendantes qui offriraient des cours semblables à ceux de la *Nightingale School* contribueraient à augmenter le nombre des infirmières, dans les villes où les hôpitaux offrent déjà des cours d'infirmières.

Il est reconnu que certaines écoles actuelles dont le programme ne répond pas aux normes hésiteraient à supprimer leurs cours. On pourrait les inciter à le faire par l'institution d'un régime régional d'administration des services hospitaliers et des autres services de santé. Il est possible que les autorités provinciales aient à intervenir dans certains cas.

Évidemment, un régime régional ne saurait garantir que les infirmières s'établiraient dans la région où elles ont reçu leur formation. Cependant, un bon nombre d'entre elles ne s'en éloigneraient probablement pas, surtout si elles épousaient quelqu'un de cette région.

Au Canada, on a peu fait pour intéresser les hommes à la carrière d'infirmier, sauf dans des domaines spécialisés comme la psychiatrie et l'urologie. Mais même dans ces domaines, un grand nombre des infirmiers ont reçu leur formation outremer et ont ensuite émigré au Canada. Nous proposons, pour commencer, qu'une école indépendante offre un cours d'essai aux hommes qui s'intéressent au soin des malades.

On doit aussi songer aux moyens d'obtenir, dans le domaine infirmier, du personnel auxiliaire, c'est-à-dire des aides-infirmières autorisées et autres assistants. Ces auxiliaires, dans certains hôpitaux ruraux, représentent parfois une partie importante du personnel infirmier. A l'hôpital de Haileybury, par exemple, on compte environ trois fois plus d'auxiliaires que d'infirmières autorisées[1]. Dans les hôpitaux des grandes villes et des localités importantes, le nombre des auxilaires tend à diminuer par rapport à celui des infirmières autorisées. Dans tout hôpital, le nombre des auxiliaires semble dépendre surtout de la possibilité ou de l'impossibilité d'obtenir un nombre suffisant d'infirmières autorisées. Dans les hôpitaux urbains, les auxiliaires s'occupent principalement de donner les soins ordinaires aux malades alités, tandis que les infirmières autorisées donnent les traitements qui exigent plus de compétence. Par ailleurs, dans les hôpitaux ruraux, la nécessité exige parfois que les auxiliaires donnent la majeure partie des soins. Nous avons cru comprendre que certains hôpitaux des régions rurales et semi-rurales offraient des cours de formation menant au diplôme d'aide-infirmière autorisée, surtout afin de se procurer du personnel, et que les normes d'enseignement de ces écoles ne représentaient que le minimum exigé pour obtenir l'approbation provinciale. Les petits hôpitaux manquent de personnel enseignant compétent et n'offrent

---

[1] Voir appendice III, p. 364.

pas aux jeunes filles qui suivent leurs cours l'occasion d'acquérir une formation pratique suffisante. Les médecins des endroits où de petits hôpitaux ont une école d'infirmières ont exprimé des inquiétudes quant aux normes des cours donnés et à la compétence des diplômées de ces écoles. Selon nous, les cours donnés dans de petits hôpitaux et dans des hôpitaux d'importance moyenne devraient être supprimés.

Parfois, en désespoir de cause, les hôpitaux donnent des cours pour aides-infirmières qui ne sont pas approuvés. Ces cours qui ne sont pas officiellement reconnus sont tout au plus des "bouche-trous" pour remédier à l'insuffisance du personnel, et devraient cesser au plus tôt.

Tout comme dans le cas des infirmières autorisées, la solution semble se trouver dans l'établissement de grandes écoles régionales qui retiendraient les services d'un personnel enseignant compétent et qui utiliseraient les hôpitaux de la région pour l'enseignement pratique. Des cours de ce genre ont été établis dans certaines autres provinces, grâce à la collaboration entre les autorités provinciales de la santé et celles de l'éducation, et suivant les termes de la législation fédérale actuelle sur la formation professionnelle[1].

Cependant, d'autres facteurs demandent considération. Certaines femmes désireuses de suivre un cours d'aide-infirmière sont retenues dans leur localité parce qu'elles sont mariées, qu'elles possèdent une maison, ou qu'elles ont des responsabilités familiales. Elles peuvent suivre des cours dans un hôpital local, mais il leur serait difficile de quitter leur foyer et de s'inscrire à une école régionale, à moins de pouvoir s'y rendre facilement. Afin d'intégrer ces personnes, dont beaucoup s'intéressent sérieusement au travail d'infirmière, à un programme de formation régional, il faudrait donner le plus grand nombre de cours possible dans les hôpitaux locaux. On pourrait atteindre ce but en obtenant que les professeurs et les surveillantes se rendent à ces hôpitaux pour y donner une grande partie des cours. Seuls les cours théoriques spéciaux et le travail pratique spécial devraient être centralisés et groupés à raison de tant de jours par mois et pour de brèves périodes, au début et à la fin des études.

Néanmoins, la refonte des programmes de formation ne saurait, à elle seule, remédier à la situation. Le travail doit être intéressant et la rémunération alléchante, si l'on veut recruter un nombre suffisant de candidates. On devra étudier plus à fond le genre de formation nécessaire aux aides-infirmières autorisées et aux autres auxiliaires, afin de mieux préciser ensuite les tâches qu'on leur permettra de remplir. Il faudra aussi étudier davantage la proportion qui devrait exister, dans un hôpital, entre le nombre des infirmières autorisées et celui des auxiliaires.

Autres cadres professionnels

Même dans plusieurs des hôpitaux urbains que nous avons visités, il existait une grave pénurie de pharmaciens, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de travailleurs socio-médicaux et de diététiciens diplômés. Dans le comté de

[1] Au Manitoba et en Saskatchewan.

Huron et le district de Timiskaming[1], il n'y a aucun de ces spécialistes, ou on ne peut obtenir leurs services que de temps à autre et pour de brèves périodes. Le revenu ne semble pas constituer un facteur de première importance, sauf dans le cas des pharmaciens d'hôpital. En fait, plusieurs des hôpitaux visités offraient sans succès des traitements et des avantages intéressants pour un candidat compétent. Il existe réellement une pénurie numérique de personnel possédant les qualités voulues.

Les grands hôpitaux urbains réussissent à attirer ces rares spécialistes, parce que l'existence des villes est agréable, mais aussi parce que ces hôpitaux offrent un travail suffisamment varié et intéressant. En outre, dans les petits hôpitaux et même dans les hôpitaux d'importance moyenne, il peut arriver que des membres du personnel paramédical, par exemple des physiothérapeutes et des diététiciens, assument une responsabilité qui les dépasse en prescrivant parfois certains traitements, parce que les médecins comprennent mal les fonctions particulières qui incombent à ces divers spécialistes. Enfin, au point de vue économique, il n'est pas pratique pour les petits hôpitaux ou les hôpitaux d'importance moyenne d'engager des spécialistes de ce genre.

Par ailleurs, il est évident qu'une région qui comprend plusieurs hôpitaux peut offrir un volume suffisant de travail intéressant et qu'il serait économique, pour une telle région, de s'attacher ces spécialistes. Cette formule permettrait de résoudre le problème que nous avons remarqué lors de nos visites aux médecins qui ne sont pas attachés à des hôpitaux dotés de services de physiothérapie et d'ergothérapie, et qui doivent diriger certains de leurs malades vers des médecins qui peuvent obtenir ces services pour les leurs. Dans une pareille situation, il peut s'ensuivre que les malades ne soient pas dirigés vers les spécialistes capables de leur appliquer un traitement efficace.

Une diplômée universitaire en économie domestique ou en arts ménagers, par exemple, pourrait fort bien desservir tous les hôpitaux[2] et d'autres établissements dans une région donnée, et même y assurer un service de diététique à domicile, avec la collaboration, dans les divers établissements, de diplômés qui ont suivi des cours en surveillances des produits alimentaires, tels les cours du *Ryerson Polytechnical Institute* de Toronto[3] qui mènent à l'obtention d'un diplôme en économie domestique.

De même, des pharmaciens, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des travailleurs socio-médicaux, s'ils étaient attachés à une organisation régionale

---

[1] Voir appendice II, pp. 309-319, et appendice III, pp. 362-367.

[2] L'Association canadienne de diététique exige, pour les diététiciennes d'hôpital, un internat dans un établissement agréé: 3 mois comme employée dans un service de diététique, à la fin de la première année universitaire; 3 mois comme préposée aux achats, à la fin de la deuxième année universitaire, et finalement, un stage de 4 mois sous surveillance. L'Université de Colombie-Britannique exigent que ses élèves fassent, à la fin de leur cours, un an d'internat dans un hôpital agréé.

[3] La *T. Eaton Company* de Toronto, l'Armée canadienne et l'Aviation royale canadienne donnent aussi des cours approuvés en surveillance des produits alimentaires.

des services de santé, pourraient dispenser leurs services dans plusieurs hôpitaux et autres établissements, en autant que ces derniers seraient assez rapprochés les uns des autres. Dans le domaine de la physiothérapie, il serait peut-être possible d'assurer certains services à domicile. Le nombre des spécialistes de diverse catégorie nécessaires dans une région, devrait être fixé selon la mesure dans laquelle leurs services sont requis, la situation géographique, les moyens de transport et le chiffre de la population à desservir.

Il y a cependant d'autres aspects à considérer. Les inscriptions aux cours universitaires en économie domestique et en travail social ne sont pas assez nombreuses. Il y a une pénurie d'étudiants dans certains cours de pharmacie. Conséquemment, la Province et le gouvernement fédéral devraient offrir plus d'aide financière aux élèves des écoles secondaires, pour les encourager à poursuivre des études plus avancées et à embrasser des carrières de ce genre.

Il faudrait étudier la possibilité de stages d'internat dans les hôpitaux, stages surveillés et convevablement rémunérés, pour un plus grand nombre de diplômés en pharmacie. La chose pourrait se faire grâce à un régime régional de services hospitaliers, car un pharmacien d'expérience attaché à l'hôpital central pourrait surveiller le travail des internes dans les hôpitaux intégrés à ce programme. Grâce à cette formule, les internes pourraient à tour de rôle faire un stage à l'hôpital central.

Dans le cas des physiothérapeutes et des ergothérapeutes, nous proposons qu'on fasse des études sur les écoles actuelles et sur la possibilité d'ajouter d'autres cours universitaires et d'organiser des cours dans les instituts techniques, par exemple le *Ryerson Polytechnical Institute* de Toronto. Ce dernier offre un cours de deux ans en enseignement de l'artisanat, cours qui pourrait être transformé en un cours complet d'ergothérapie[1]. L'Association canadienne d'ergothérapie offre à Kingston un cours spécial de dix-huit mois, qui est également digne d'intérêt et dont les diplômés sont des ergothérapeutes compétents [2].

De façon générale, nous croyons que la formation dans les domaines professionnels et techniques doit être confiée aux institutions scolaires plutôt qu'aux associations professionnelles. Toutefois, les associations peuvent jouer un rôle utile en organisant des cours expérimentaux; on devrait aussi les consulter relativement aux cours offerts par les institutions d'enseignement.

Enfin, il faudrait mieux expliquer aux étudiants en médecine et aux médecins des hôpitaux les fonctions particulières des auxiliaires dont la spécialité n'est pas du domaine médical, afin qu'ils ne leur imposent pas des responsabilités qui sont surtout d'ordre médical. Par exemple, particulièrement dans certains petits hôpitaux, on s'attend parfois à ce que les physiothérapeutes et les diététiciens

---

[1] Les diplômés qui suivent des cours d'été en pédagogie ont le droit d'enseigner l'artisanat dans les écoles. Quelques-uns d'entre eux collaborent à des programmes de rééducation.

[2] Ce cours est financé par le Programme national de subventions à l'hygiène et par la Province. Il n'est offert qu'à ceux qui ont un diplôme ou un titre universitaire, aux infirmières autorisées et à ceux qui possèdent un certificat en pédagogie.

prescrivent le traitement, parce que certains médecins eux-mêmes ne savent au juste quelles recommandations il convient de faire.

Administrateurs d'hôpital

Le poste d'administrateur est d'une importance particulière dans les hôpitaux. Dans les grands centres, on tend de plus en plus à nommer des diplômés universitaires à ce poste. Au Canada, les cours d'administration hospitalière se donnent aux Écoles d'hygiène des Universités de Montréal et de Toronto[1]. Pour y être accepté, il faut être diplômé en arts libéraux, en médecine ou en sciences, et posséder une formation, des aptitudes et une expérience suffisantes. Les inscriptions sont peu nombreuses, et conséquemment, on en trouve de diplômés de ces cours que dans les grands hôpitaux ou dans des postes supérieurs. La durée de l'enseignement théorique est de neuf mois et exige, de plus, un internat d'un an sous surveillance, au cours duquel les candidats doivent participer à des colloques qui se tiennent sur les lieux et présenter une thèse bien préparée.

L'Association canadienne des hôpitaux a rendu un précieux service à ceux qui avaient déjà embrassé la carrière d'administrateur, mais ne remplissaient pas les conditions nécessaires ou ne pouvaient consacrer le temps voulu à des cours universitaires; en effet, elle a institué un cours universitaire libre en organization et en administration hospitalières. Ce cours comprend deux années d'études à domicile par correspondance, et une session d'un mois d'enseignement intensif à l'hôpital au cours de chaque année d'études. Certains des hôpitaux que nous avons visités étaient administrés par des diplômés de ce cours ou par des gens qui avaient l'intention de s'y inscrire. Mais ce cours est difficile et ne correspond pas entièrement au genre de travail et aux aptitudes qu'on exige de l'administrateur d'un petit hôpital.

Nous proposons qu'on institue un cours semblable à celui que donne l'Université de la Saskatchewan pour les administrateurs de petits hôpitaux de 50 lits ou moins, soit à titre cours libre d'une université de l'Ontario, en collaboration avec l'Association canadienne des hôpitaux et l'*Ontario Hospital Association*, soit par l'intermédiaire de l'Association canadienne des hôpitaux elle-même.

De façon générale, nous croyons que les associations professionnelles devraient préconiser l'établissement de cours libres plus longs donnés par les institutions d'enseignement, et qu'elles devraient d'abord offrir ces cours uniquement à titre expérimental. Par ailleurs, il semble que les associations professionnelles aient un rôle précis à jouer en offrant des cours de brève durée, des cours donnés à l'endroit même où travaillent ceux qui les suivent, et des cours d'entretien pour le personnel spécialisé, les techniciens et le personnel auxiliaire.

Un régime d'organisation régionale des hôpitaux permettrait de retenir pour la région les services d'un administrateur principal très compétent, et d'administrateurs d'expérience formés par des cours universitaires libres pour chaque grand

---

[1] L'Université d'Ottawa projette d'instituer un cours de ce genre.

hôpital. Pour un groupe de petits hôpitaux, surtout si les services de la comptabilité, des achats, de la buanderie, etc., étaient centralisés, les administrateurs de chaque petit hôpital, avec leur formation moins poussée, pourraient être sous la surveillance d'un administrateur principal ayant reçu une formation complète.

Archivistes médicaux

En Ontario, les archivistes médicaux ont actuellement le choix entre quatre hôpitaux d'enseignement agréés[1]. Les cours, dans ce domaine, sont de 12 mois et sont offerts aux personnes qui ont un certificat de 13e année de l'Ontario ou l'équivalent, ou aux diplômées d'une école d'infirmières agréée ou d'une école normale. Les archivistes doivent être des sténographes et des dactylographes compétents. Depuis 1953, l'Association canadienne des hôpitaux et l'Association canadienne des archivistes médicaux offrent conjointement un cours universiraire libre d'une durée de deux ans. Les candidats doivent avoir un certificat de 12e année de l'Ontario ou l'équivalent, et doivent être à l'emploi d'un service d'archives médicales approuvé pendant qu'ils poursuivent ces études. L'élève qui a terminé avec succès un cours régulier dans une école approuvée, ou ce cours universitaire libre plus une année additionnelle de travail dans un service d'archives médicales, est admissible à l'examen des archivistes médicaux autorisés que fait subir l'Association canadienne des archivistes médicaux. Les deux genres de cours préparent leurs diplômés à occuper des postes dans les grands hôpitaux et les grands établissements.

Étant donné que d'autres hôpitaux ouvriront des écoles agréées, on se propose de remplacer, en 1963–1964, l'actuel cours universitaire libre par un autre cours libre d'une durée de neuf mois, offert par deux associations[2]. Ce nouveau cours aura pour but de former des archivistes pour les petits hôpitaux et des archivistes adjoints pour les grands hôpitaux. Il comprendra des études à domicile durant huit mois et demi, suivies d'un cours de trois semaines dans le service des archives médicales d'un hôpital agréé. Ceux qui terminent avec succès leurs études à domicile reçoivent un certificat à titre de commis aux archives médicales. Ceux qui obtiennent au moins 60 p. 10 à l'examen et qui ont un certificat de 12e année d'une école secondaire de l'Ontario ou l'équivalent, peuvent s'inscrire au cours de trois semaines donné à l'hôpital et se présenter à l'examen de technicien agréé en archives médicales. On croit que cette innovation attirera plus de candidats dans ce domaine.

Techniciens en biologie médicale

En Ontario, les techniciens en biologie médicale peuvent suivre l'un des quelque 50 cours reconnus qui se donnent dans des hôpitaux[3], ou encore, faire

---

[1] Reconnus par l'Association canadienne des archivistes médicaux.

[2] L'Association canadienne des hôpitaux et l'Association canadienne des archivistes médicaux.

[3] Approuvés par le Comité de l'Association Médicale du Canada sur les normes des écoles de formation. Au Canada, il existe dans ce domaine environ 100 hôpitaux d'enseignement agréés. Un certain nombre d'universités, en dehors de l'Ontario, offrent des cours soit pour l'obtention d'un titre, soit pour l'obtention d'un certificat. Ces cours s'adressent surtout à ceux qui désirent se spécialiser.

leurs études soit au laboratoire central du ministère de la Santé de l'Ontario, à Toronto, soit au laboratoire de l'*Hamilton Health Association*. Le cours dure au moins 12 mois, mais peut se prolonger au-delà de deux ans. Les candidats doivent avoir un certificat de 13e année de l'Ontario ou l'équivalent, y compris un semestre en chimie, deux semestres en mathématiques et un semestre soit en physique, soit en biologie. Quand l'étudiant a terminé ce cours, il peut se présenter aux examens pour l'obtention du certificat de la Société canadienne des techniciens en biologie médicale. Les candidats qui passent l'examen avec succès peuvent obtenir une licence annuelle comme technicien autorisé. Récemment, le *Ryerson Polytechnical Institute* et le ministère de la Santé de l'Ontario ont organisé conjointement un cours de technologie en biologie médicale. Ce cours consiste en une année d'études théoriques en physique, chimie, microbiologie générale, mathématiques et anglais, donné au *Ryerson Polytechnical Institute*, et en un an de formation pratique au Centre de formation technique du Laboratoire central d'hygiène du ministère de la Santé de l'Ontario, à Toronto. Ce cours s'adresse aux aspirants qui n'ont pas les connaissances voulues en sciences et en mathématiques pour s'inscrire directement à l'un des cours approuvés de 12 mois[1]. Les finissants reçoivent un certificat de technicien en biologie médicale et peuvent être admis dans la Société canadienne des techniciens en biologie médicale.

Techniciens en radiologie

En Ontario, les techniciens en radiologie suivent un cours de deux ans sous la surveillance d'un radiologiste et d'un technicien en radiologie diplômés, soit en technique du diagnostic, soit en technique de radiothérapie. Les candidats doivent avoir un certificat de 12e année d'une école secondaire de l'Ontario ou l'équivalent, y compris des cours de mathématiques et de sciences, ou être diplômés d'une école d'infirmières agréée. L'étudiant, à la fin de son cours de formation, peut se présenter aux examens de technique du diagnostic ou de technique de la radiothérapie, que fait subir la Société canadienne des techniciens en radiologie. Les candidats qui subissent avec succès l'un ou l'autre de ces examens deviennent techniciens autorisés dans l'un ou l'autre domaine. Une année d'études supplémentaire permet d'obtenir le double certificat. Il existe, en Ontario, environ 40 hôpitaux reconnus comme centres de formation en radio-diagnostic, quatre centres[2] approuvés de formation en radiothérapie.

Remarques générales sur les archivistes médicaux, les techniciens en biologie médicale et les techniciens en radiologie

Nous avons noté de graves pénuries d'archivistes médicaux, de techniciens en radiologie et de techniciens en biologie médicale dans presque tous les hôpitaux situés en dehors des grands centres. La plupart des diplômés qui ont

---

[1] Les candidats doivent avoir un certificat de 12e année d'une école secondaire de l'Ontario, ou l'équivalent. Ils peuvent obtenir des bourses d'études.

[2] Le *Princess Margaret Hospital* de Toronto et les cliniques de l'*Ontario Cancer Treatment and Research Foundation* à Hamilton, Kingston et Ottawa.

suivi un cours régulier dans ces trois domaines acceptent des postes dans les grands hôpitaux urbains, plutôt que dans les petits hôpitaux ou les hôpitaux d'importance moyenne des petites villes, des petits centres et des régions rurales. Certains de ces derniers hôpitaux emploient, parce que leur situation rend la chose inévitable, des gens qui n'ont pas fait les études nécessaires, mais ont acquis une certaine expérience pratique par leur travail. Les médecins et les autorités hospitalières nous ont confié leur inquiétude à ce sujet, dans les endroits que nous avons visités.

Un problème connexe est celui du peu de surveillance sérieuse exercée sur les techniciens dans plusieurs des hôpitaux que nous avons visité, particulièrement dans les laboratoires et, bien qu'à un moindre degré, dans les services de radiologie. En général, la façon dont on tient à jour les archives médicales dans ces hôpitaux laisse aussi grandement à désirer.

Un argument solide en faveur de l'établissement d'un régime hospitalier régional est qu'il permettrait un meilleur rendement des services de laboratoire, de radiologie et d'archives médicales dans chaque région, une surveillance professionnelle plus étroite sur les divers techniciens des petits hôpitaux, et enfin, un meilleur usage du personnel spécialisé.

Remarques générales sur le personnel

Après une étude de l'ensemble du personnel hospitalier décrit dans les pages précédentes, nous croyons que plusieurs problèmes d'ordre général méritent l'intérêt des associations professionnelles et techniques et des autorités hospitalières, et que celles-ci devront y apporter des solutions satisfaisantes.

En raison de la pénurie qu'on déplore actuellement dans presque tous les domaines, il nous semble évident que les différents groupes professionnels devraient soigneusement étudier la possibilité d'employer plus de personnel technique et les moyens de mieux utiliser les services de ce personnel. Les associations professionnelles ne devraient pas adopter de mesures restrictives qui nuisent à l'usage légitime, sous surveillance professionnelle sérieuse, d'un personnel auxiliaire qui possède une formation technique. Nous remarquons donc avec intérêt que *l'Ontario Hospital Association* offre un cours de formation de six mois à plein temps en surveillance des produits alimentaires, et qu'elle étudie actuellement la possibilité d'organiser un cours de dix mois par correspondance, avec une ou deux brèves périodes de formation pratique dans des centres choisis. Aux termes de ce dernier projet, les membres de *l'Ontario Dietetic Association* agiraient comme surveillants des étudiants de leurs régions. Ces programmes ont pour objet de répondre aux besoins des petits hôpitaux. On a organisé, à *l'Ontario Hospital* de Kingston, un cours de formation de quatre mois à l'intention de ceux qui veulent devenir auxiliaires en ergothérapie et agir comme assistants dans *l'Ontario Provincial Mental Hospital Service*. Les candidats doivent avoir terminé leur 10e année dans une école secondaire de l'Ontario, ou posséder une formation équivalente. Ils peuvent obtenir des bourses d'études. Probablement, des cours du même genre pour les auxiliaires en physiothérapie et en ergothérapie seraient utiles.

Nous avons aussi constaté que des cours de brève durée à l'intention de certains autres employés d'hôpital, comme les aides-techniciens en chirurgie[1] et les infirmiers[2], se donnent dans certains hôpitaux. L'*Ontario Hospital Association* donne des cours à l'intention des directeurs des achats et autres employés de bureau. Ces programmes constituent des contributions précieuses à l'ensemble des avantages offerts par la Province en matière de formation professionnelle. A mesure qu'on aura davantage besoin d'un plus grand nombre et d'une plus grande diversité de techniciens, il sera sans doute de plus en plus nécessaire d'avoir des cours de ce genre.

Toutefois, la multiplication des catégories de personnel, des cours offerts et des organisateurs de cours peut entraîner, si ce n'est déjà le cas, une situation confuse et désordonnée dans les normes d'admission, les matières et les objectifs de ces cours. On doit se poser les questions suivantes. Les exigences quant au degré d'instruction des candidats à certains cours techniques sont-elles excessives et les a-t-on fixées ainsi afin de donner plus de prestige aux futurs techniciens? Est-il pratique, au point de vue du recrutement et des fonctions à exercer, d'exiger que les candidats aient un certificat de 13e ou même de 12e année pour occuper des postes dans des domaines techniques qui ne demandent qu'une formation relativement restreinte? Quelles matières doit-on enseigner dans les différents cours? Quelles sont les fonctions que nous voulons assigner aux diplômés de ces cours? Qui devrait être chargé d'organiser des cours? Les associations professionnelles ou techniques? Les hôpitaux? Le ministère de la Santé de l'Ontario? La Commission des services hospitaliers de l'Ontario? Le ministère de l'Instruction publique?

Si l'on veut établir des normes de formation et d'enseignement uniformes et si l'on veut éviter les problèmes éventuels de pénurie ou de surabondance de techniciens, le ministère de la Santé, le ministère de l'Instruction publique et la Commission des services hospitaliers de l'Ontario devront collaborer avec les associations hospitalières, médicales et techniques intéressées, pour établir un système de formation commun à toute la Province. Il faudra également tenter de s'entendre avec les autres provinces sur les normes de formation. On l'a fait dans une certaine mesure, mais en général, la situation demeure confuse, en raison du manque de coordination des programmes.

Nous admirons les efforts qu'ont tentés les organismes professionnels, techniques et gouvernementaux pour établir des programmes de formation, mais nous n'en croyons pas moins que l'on donne une importance exagérée à la formation par apprentissage, au détriment des normes d'enseignement théorique qu'il faut respecter. Conséquemment, nous sommes d'avis qu'il y a lieu de préconiser l'établissement de cours donnés en collaboration avec des maisons d'enseignement comme le *Ryerson Polytechnical Institute*, à mesure que d'autres institutions régionales de ce genre seront fondées. Nous admettons que les praticiens de certaines professions se sont opposés à l'idée de former des techniciens en radiologie autrement

---

[1] Par exemple, le *Toronto General Hospital* et le *Hospital for Sick Children*, de Toronto.

[2] Par exemple, le *Toronto Western Hospital*.

que par le système d'apprentissage et dans une école centrale ou régionale. Le programme conjoint du *Ryerson Polytechnical Institute* et du ministère de la Santé de l'Ontario non plus n'a pas été bien acceuilli de tous. L'inauguration à Hamilton, au cours de l'automne de 1962, d'une école régionale pour les techniciens en biologie médicale d'hôpital, école financée par cinq hôpitaux, constitue également un progrès qui pourrait entraîner l'établissement d'écoles régionales additionnelles.

Enfin, nous croyons qu'une organisation régionale des services hospitaliers faciliterait l'établissement de programmes de formation régionaux dont les cours se donneraient dans les hôpitaux régionaux et les laboratoires provinciaux, et qui remplaceraient les divers cours donnés dans de petits hôpitaux. Conséquemment, les cours donnés par les grands hôpitaux où la surveillance et l'équipement sont excellents demeureraient des éléments essentiels du système d'enseignement, mais les cours offerts par les petits hôpitaux seraient intégrés au programme régional. Il est possible que, dans certains cas, il soit préférable de donner les cours de haute spécialisation dans une ou deux institutions qui se trouvent au centre de la région, comme par exemple, le *Ryerson Polytechnical Institute* et le Laboratoire central du ministère de la Santé de l'Ontario. Il est très important de bien organiser les programmes de formation. Il faudrait décidément établir des systèmes bien planifiés, bien coordonnés et communs à toute la province.

Organisation et administration[1]

L'organisation et l'administration constituent un problème fondamental dans le domaine hospitalier. Dans les centres ruraux et les petites villes, par exemple dans le comté de Huron[2] et le district de Timiskaming[3], la nécessité et le prestige local exigeaient que la plupart des villes soient dotées d'un petit hôpital, à l'époque où les moyens de transport étaient moins nombreux. C'est pour cette raison qu'il y a habituellement plusieurs petits hôpitaux ou hôpitaux moyens indépendants dans les régions rurales et semi-rurales.

Aujourd'hui, un hôpital d'importance moyenne dans une telle région est presque toujours considéré uniquement comme un hôpital général local, vers lequel on ne dirige pas les malades de la région environnante. Il est difficile à ce genre d'hôpital de se procurer des appareils spéciaux et de retenir les services de spécialistes. Un petit hôpital, dans une telle région, ne pourra jamais dispenser la diversité et la qualité de services d'un grand hôpital. Il leur est donc, pour l'instant, difficile sinon impossible d'être agréés, quoique le Conseil Canadien des normes hospitalières travaille actuellement à établir des normes spéciales pour les petits hôpitaux.

En dépit de ces faits, nous avons noté que des centres situés à quelques milles seulement les uns des autres s'efforçaient de reconstruire et de rénover

[1] Voir les appendices I-IV, pp. 219-402, pour de plus amples détails sur les systèmes hospitaliers des quatre régions étudiées.

[2] Voir appendice II, pp. 309-319.

[3] Voir appendice III, pp. 362-367.

leurs hôpitaux, et d'obtenir de l'équipement dispendieux et du personnel spécialisé. Les conseils d'administration des hôpitaux locaux et les citoyens des centres où sont situés ces hôpitaux reconnaissent que, parfois, leurs édifices qui sont souvent d'anciennes résidences familiales, ne répondent plus aux besoins et que leurs installations et leur équipement sont désuets. Mais ils manifestent beaucoup moins d'empressement à collaborer avec les localités voisines pour fonder un seul hôpital moderne suffisamment grand pour les desservir toutes au lieu d'essayer de reconstruire plusieurs petits hôpitaux dont les services seront nécessairement moins complets. Les citoyens des petites villes et des villages sont profondément attachés à leurs hôpitaux locaux. En outre, les médecins de ces enfroits s'objectent souvent à voir disparaître leur hôpital, où ils peuvent, dans biens des cas, exercer les fonctions médicales qu'ils jugent à propos, sans autres restrictions que celles qu'ils s'imposent volontairement. On constate aussi que les administrateurs des petits hôpitaux n'ont généralement pas la formation professionnelle nécessaire à l'exercice de leurs fonctions. Le système que nous venons de décrire et qui semble commun aux centres ruraux et aux petites villes, peut avoir eu sa raison d'être par le passé, mais aujourd'hui, ce coûteux système ne saurait assurer des services hospitaliers modernes.

Il existe une grave pénurie de lits pour traitement actif, dans la région métropolitaine de Toronto[1,2,3]. C'est le cas particulièrement dans les banlieues qui se développent rapidement. Ainsi, la région de North York compte actuellement 500 lits pour tous les genres de malades, alors que sa population s'accroît de 20,000 âmes annuellement et atteignait déjà près de 270,000 âmes en 1961. Il est vrai que dans une grande ville, beaucoup de personnes préfèrent être traitées dans les grands hôpitaux situés au coeur de la métropole. Mais les grands hôpitaux tendent de plus en plus à devenir des établissements spécialisés. Il s'ensuit que la liste des malades qui attendent leur admission dans les services de médecine générale est parfois longue, bien qu'on s'occupe toujours immédiatement des cas d'urgence.

Le problème découle partiellement de la pénurie relative d'autres genres d'établissements, par exemple les maisons de repos sous surveillance médicale, les hôpitaux pour convalescents, les hôpitaux pour malades chroniques et les foyers pour vieillards malades ou atteints de demi-sénilité. Il découle aussi du nombre restreint des programmes de soins à domicile. Une expérience témoin, entreprise dans la région de Toronto, a démontré qu'un programme bien organisé de soins à domicile permet de traiter certains malades chez eux de façon satisfaisante, de même que de renvoyer plus tôt dans leur famille les malades hospitalisés. Évidemment les malades qui bénéficient de l'assurance-hospitalisation

---

[1] En janvier 1961, on calculait qu'il aurait fallu 1,946 lits de plus. (Résumé d'une conférence faite par le Dr John B. Neilson, membre de la Commission des services hospitaliers de l'Ontario, devant le Conseil de planification sociale, division de la Santé, 24 janvier 1961.)

[2] On signale que les lits pour les soins actifs et les soins aux malades chroniques sont rares en pédiatrie. *Hospital Accommodation and Facilities for Children in Metropolitan Toronto.* (Toronto: Comité pour l'étude des besoins hospitaliers dans la région métropolitaine de Toronto, 1962), p. 42.

[3] Les personne interviewées ont déclaré que les lits pour malades chroniques et pour convalescents étaient peu nombreux.

ne s'empresseront pas de recourir aux soins à domicile ou à ceux des maisons de repos, à moins d'avoir une assurance qui défraie le coût de ce genre de services. Ces services auxiliaires qui libèrent des lits d'hôpitaux devraient être payés par le régime d'assurance-hospitalisation de l'Ontario ou par quelque autre organisme.

Il est peu économique d'avoir des lits vides dans certains services hospiliers, alors que dans d'autres hôpitaux, on doit dresser des lits dans les corridors; cette situation se rencontre parfois, sous le régime actuel de la répartition des lits par services et selon le genre de maladies. Il n'est pas rare que l'envoi des malades d'un hôpital ou d'un service à un autre crée de l'encombrement. Dans une grande ville comme Toronto, et à un degré moindre mais croissant, dans une ville comme Peterborough, un système central d'allocation de tous les lits d'un hôpital est une nécessité. Ce système doit s'appliquer aussi à tous les lits des hôpitaux de la région, aux établissements connexes et aux programmes de soins à domicile. Il permettrait la meilleure utilisation possible de tous les établissements et services, et au besoin, le transfert rapide des malades.

L'Association hospitalière de l'Ontario a partagé cette province en régions hospitalières, dont les représentants se réunissent fréquemment[1] pour discuter leurs problèmes communs et essayer de le résoudre. Mais ces réunions n'ont rien d'officiel, et conséquemment, les mesures efficaces qu'on applique pour régler les cas étudiés sont uniquement le résultat d'une décision prise volontairement par le conseil d'administration de chaque hôpital.

Jusqu'à maintenant, la Commission des services hospitaliers de l'Ontario et des groupements locaux de certaines régions ont vainement tenté de faire adopter par les hôpitaux de l'Ontario un système régional et actif de planification et d'administration. Dans beaucoup d'endroits qui comptent deux hôpitaux ou plus, il n'y a aucune autorité locale chargée de s'occuper de la planification hospitalière. En certains cas, comme dans le comté de Huron, on a tenté, mais avec peu de succès, de créer plus d'intérêt pour la planification locale. Dans la région métropolitaine de Toronto, il n'existe aucune autorité hospitalière centrale, en dépit des efforts tentés par la Commission des services hospitaliers de l'Ontario pour favoriser l'établissement d'un pareil organisme.

A notre avis, l'adoptation d'un système hospitalier régional s'impose. Un tel régime permettrait d'effectuer des économies en groupant les services des achats, de la comptabilité[2], de la buanderie[3], et les autres services dont la centralisation est facile. Grâce à ce système, il serait moins difficile de recruter des spécialistes. des techniciens compétents et de bons administrateurs, de coordonner les

---

[1] Par exemple, Paris—Galt—Kitchener et Fort William—Port Arthur. Voir chapitre IV, pp. 87—93.

[2] Au Manitoba, par exemple, on a une comptabilité centrale pour les hôpitaux de moins de 75 lits.

[3] Les hôpitaux de Kitchener, de Galt, de Paris et de Guelph, par exemple, ont une buandrie centrale et leurs frais sont inférieurs aux déboursés qu'ils encouraient quand chacun d'eux avait sa propre buandrie ou recourait à des buandries commerciales. Le *Toronto General Hospital* assure les services de buandrie des hôpitaux *Wellesley* et *Princess Margaret*, ainsi que le chauffage du *Mount Sinai Hospital*.

services et d'utiliser de façon plus profitable le personnel et les installations dont on déplore la pénurie.

Dans les régions rurales et semi-urbaines, l'un des hôpitaux pourrait être aménagé en institution centrale; on y trouverait des appareils spéciaux et des spécialistes. Les autres hôpitaux donneraient les soins d'urgence, les traitements qui relèvent de la médecine générale, les soins obstétricaux et les soins aux malades chroniques. Certains petits hôpitaux installés dans de vieilles bâtisses devraient être démolis et, selon les constatations d'une étude portant sur les besoins d'une région donnée, on déciderait s'il faut oui ou non les remplacer. D'autres pourraient être transformés en maisons de repos.

Dans les grandes villes, il faudrait plusieurs grands hôpitaux centraux vers lesquels seraient dirigés les cas des régions environnantes ou même d'une ou de plusieurs provinces. Il faudrait aussi d'autres grands hôpitaux généraux pour fournir tous les services, à l'exception des services hautement spécialisés, dans les banlieues qui entourent le groupe d'établissements hospitaliers du centre de la ville.

On devrait s'efforcer de faire en sorte que les conseils d'administration locaux et les autorités régionales en arrivent à des ententes acceptables, afin que les premiers conservent leur autorité relativement aux questions de régie interne dans tout hôpital, que les propriétaires et les administrateurs de ces établissements soient des religieux ou des laïcs. Par ailleurs, on ne doit pas permettre que des motifs d'ordre local, par exemple la fierté des citoyens et la répugnance de certains médecins à renoncer à des privilèges hospitaliers illimités, entravent une planification et une collaboration convenables. Nous croyons que la Province devra intervenir, si l'on veut atteindre l'objectif désiré. Même alors, les modifications ne s'opéreront pas toujours sans conflits.

Rapports avec d'autres services communautaires

Les hôpitaux ne font pas toujours le meilleur usage possible des autres services de santé organisés de l'endroit, par exemple les services d'hygiène, les unités sanitaires, les groupes d'infirmières visiteuses quand il y en a, et les organismes privés. Il est évident aussi que ces autres services, de leur côté, ne font pas le meilleur usage possible des installations hospitalières. Par exemple, il y a parfois double emploi des services, comme entre le laboratoire régional et les laboratoires des hôpitaux, ou entre les appareils radiologiques des hôpitaux et ceux du service d'hygiène.

Dans certains hôpitaux de Toronto, les infirmières-hygiénistes du service local de santé attachées au service d'hygiène de l'hôpital servent d'agents de liaison avec le service local auquel elles appartiennent. Dans certains endroits, les infirmières-hygiénistes visitent les nouvelles accouchées. Dans d'autres localités, il existe un bureau d'infirmières-hygiénistes à l'hôpital même. Dans quelques endroits, on a aménagé un bureau pour le service de santé dans les nouveaux hôpitaux ou les nouvelles ailes des anciens hôpitaux.

Les infirmières de l'Ordre de Victoria occupent un bureau dans un grand hôpital de l'un des centres que nous avons visités. Mais à toutes fins pratiques, les rapports entre ces infirmières et le personnel et les médecins de l'hôpital sont encore plutôt restreints.

Il s'ensuit donc que les rapports entre les hôpitaux et les autres organismes locaux sont plutôt *ad hoc* et de caractère personnel, et que parfois, ils ne sont pas aussi étroits qu'ils pourraient et devraient l'être.

Un moyen pratique de favoriser des rapports plus étroits entre les organismes intéressés, est d'aménager un bureau pour l'unité sanitaire dans l'hôpital central d'une région rurale ou semi-rurale. Ce moyen ne saurait cependant offrir une garantie absolue de succès. Il est essentiel que les deux parties collaborent à la planification et qu'il y ait des garanties pour assurer qu'aucune expansion future soit de l'hôpital, soit de l'unité sanitaire, n'entraînera la dépossession de l'autre organisme. Les organismes intéressés doivent donc prévoir, dès le début, dans leurs plans et leurs ententes, des mesures acceptables en vue d'une expansion possible. Nous croyons que ce qui a empêché qu'on multiplie plus rapidement les ententes relatives au partage des mêmes immeubles est la négligence de certains fonctionnaires de la santé publique et de certains conseils d'administration d'hôpital à étudier sérieusement la question, et l'hésitation de ceux qui l'ont étudiée à proposer ce partage.

A notre avis, la Commission des services hospitaliers de l'Ontario et le ministère de la Santé de l'Ontario doivent fortement encourager cette formule, surtout dans les régions rurales et semi-rurales. Un système administratif régional pour tous les services communautaires de santé faciliterait la chose[1]. Il y aurait un hôpital central où le bureau principal de l'unité sanitaire pourrait être aménagé, et dans les localités environnantes, des hôpitaux qui comprendraient chacun un bureau pour les infirmières-hygiénistes et une clinique d'hygiène publique. Dans les grandes villes, il ne serait pas possible, en règle générale, de loger ces services sous un même toit qu'un hôpital, en raison de l'importance de chaque élément; mais il faudrait favoriser des rapports plus étroits entre hôpitaux et services de santé, en offrant dans chaque hôpital des services d'infirmières-hygiénistes.

Nous proposons également que le médecin-hygiéniste soit, de droit, l'un des médecins honoraires de chaque hôpital. Il devrait assister à toutes les assemblées générales du personnel médical et faire partie des comités spéciaux qui pourraient bénéficier de son expérience et de sa formation, comme par exemple, un comité de prévention des infections. Nous croyons aussi qu'il serait avantageux que l'administrateur de l'hôpital central d'une région agisse comme conseiller auprès du service d'hygiène publique quant aux questions relatives aux hôpitaux.

Enfin, il nous semble qu'un régime régional des services de santé qui relierait ces différents services à ceux des hôpitaux et de l'hygiène publique

---

[1] Voir chapitre IV, pp. 87—93.

resserrerait davantage les liens qui les unissent aux autres services organisés, par exemple les services de rééducation, d'hygiène mentale et de gérontologie, les services ambulanciers et les services de soins à domicile. Sous ce régime communautaire, on pourrait, plus facilement que sous un régime administratif individuel, harmoniser les vastes domaines d'intérêt commun qui existent dans les services de santé organisés.

CHAPITRE III

AUTRES SERVICES DE SANTÉ ORGANISÉS DANS LES LOCALITÉS

SERVICES DE SOINS DENTAIRES DANS LES LOCALITÉS RURALES ET DANS LES PETITES AGGLOMÉRATIONS URBAINES[1]

Ce n'était pas notre intention première de traiter de l'organisation des services dentaires dans cette étude, sinon dans le cadre des services de santé organisés dans la localité, comme les services médicaux scolaires. On a déjà examiné ce dernier programme[2]. Cependant les études sur place qui ont été menées dans des régions principalement rurales et semi-isolées révèlent clairement que la pénurie de services dentaires, quoique relative, est sérieuse et que c'est là un des principaux problèmes de santé dans ces localités, problème qui devient plus aigu avec le temps en bien des endroits. Les résultats des études effectuées sur place et ceux de multiples entrevues nous ont permis de conclure que, comme pour certains services médicaux spéciaux[3], il faut envisager ce problème, si l'on veut diminuer sa gravité, sous la forme d'une certaine organisation au niveau de la localité.

Quelle est la gravité du problème, d'après les études effectuées sur place? Dans le district de Timiskaming[4] qui compte un peu plus de 50,000 habitants, il y a 11 dentistes et plusieurs d'entre eux sont assez âgés et incapables de s'occuper d'une clientèle aussi nombreuse que celle dont ils s'occupaient auparavant. Ces dernières années, deux de ces dentistes sont décédés. Aucun remplaçant, encore moins de nouveaux dentistes, ne s'est installé dans la région malgré les efforts déployés par ces petites localités. Dans le comté de Huron[5], il y a huit dentistes pour plus de 53,000 habitants. Après des efforts considérables de la part des autorités locales et avec l'aide de l'Association dentaire de l'Ontario, un autre dentiste va probablement s'y établir prochainement.

---

[1] Pour des détails sur les services dentaires dans les localités étudiées, voir les appendices I–IV, pp. 219-402.

[2] Voir pp. 34–35.

[3] Voir pp. 42–44.

[4] Voir appendice III, pp. 361-362.

[5] Voir appendice II, pp. 308-309.

Dans ces régions, bien des dentistes sont forcés de réserver les traitements préventifs et restaurateurs aux personnes qui demeurent dans leur propre ville ou village et à leurs anciens clients. Les personnes qui vivent dans des districts ruraux ou dans des localités où il n'y a pas de dentiste ne reçoivent que des traitements d'urgence. Même ainsi, les listes d'attente sont longues. Les dentistes avouent[1] qu'ils sont incapables d'employer, pour soigner leurs clients, les moyens modernes qu'on leur a enseignés quand ils étaient étudiants, à cause de la tâche immense qu'ils essaient d'accomplir. Ils ont le choix de s'établir dans une ville, où il leur est possible d'exercer leur profession de cette façon, ou de rester à la campagne et de négliger presqu'entièrement les traitements préventifs ou restaurateurs.

Naturellement, certaines personnes peuvent se rendre dans les villes voisines des régions rurales où elles habitent; c'est le cas des habitants du comté de Huron, mais la chose est plus difficile pour ceux de Timiskaming. La difficulté, c'est que les dentistes de ces localités voisines sont aussi très occupés, sans compter que ces voyages en ville coûtent à leurs clients du temps et de l'argent. Certains wagons de chemin de fer ont été aménagés pour donner des soins dentaires, grâce à la Croix-Rouge des Jeunes, dans les localités isolées, mais on ne peut trouver de personnel en ce moment qui veuille y travailler, bien que des wagons équipés en cabinets dentaires soient actuellement utilisés par le ministère de la Santé de l'Ontario. Il est extrêmement difficile de trouver des dentistes pour ce genre de travail.

La situation peut-elle s'améliorer dans les circonstances présentes? Une forte majorité des étudiants en art dentaire viennent de grands centres urbains et sont peu disposés à vivre ailleurs. Au cours d'une récente conférence à Toronto[2], on a fait remarquer que, sur une classe de 110 diplômés de la faculté d'art dentaire, en 1962, 31 habitaient en dehors du Grand Toronto et 11 seulement venaient de centres urbains comptant moins de 10,000 habitants. Parmi ces derniers, on pouvait s'attendre à ce que quatre ou cinq s'établissent dans des localités de moins de 10,000 habitants.

Tout en aidant financièrement et en encourageant ceux qui envisagent une carrière de dentiste, on a suggéré de rétribuer au moyen d'un salaire fixe les nouveaux diplômés qui seraient disposés à travailler pour un certain temps dans les régions rurales et nordiques. Ces dentistes pourraient avoir un cabinet fourni par l'administration locale et installé dans un hôpital ou, au cas où ils exerceraient dans le grand Nord, dans un wagon de chemin de fer. Ils recevraient un assez bon salaire. Dans les régions où il y a des dentistes indépendants mais en nombre insuffisant, ces praticiens pourraient restreindre leur pratique aux groupes à faible revenu. Ils devraient pouvoir aisément consulter, pour les cas compliqués,

---

[1] Interview du D[r] S.A. MacGregor, professeur de pédodontie à la faculté d'art dentaire de l'université de Toronto, chef des services dentaire à l'*Hospital for Sick Children* de Toronto et président de la Commission dentaire de la société de la Croix-Rouge canadienne, branche de l'Ontario.

[2] *Ontario Dental Association, Dental Public Health Council Workshop Conference on Recruitment and Placement of Dental Graduates in Rural Ontario*, 21 novembre 1962.

des dentistes plus expérimentés qui passeraient les voir régulièrement pour les aider à résoudre les problèmes les plus difficiles. On pourrait les retenir dans une région, en leur offrant le même salaire de base, si on y ajoutait la possibilité dans certains cas de demander des honoraires, comme on a suggéré de le faire pour les médecins spécialistes[1]. Pour améliorer le recrutement, on pourrait encore offrir des bourses de perfectionnement à de jeunes dentistes qui auraient travaillé pendant deux ans ou plus à la réalisation de ce programme. Les petites localités qui désirent attirer un dentiste indépendant devraient aussi lui procurer un cabinet dentaire et un logement convenables, puisqu'ils sont parfois difficiles à trouver[2].

Cependant, les efforts faits pour encourager les dentistes à offrir leurs services temporairement aux localités rurales ou aux petits centres urbains, ou même à s'y établir, ne seront pas couronnés de succès à moins de résoudre le problème essentiel de la pénurie de dentistes. Les diplômés des écoles dentaires existantes sont trop peu nombreux pour répondre aux besoins de la population qui s'accroît sans cesse. Plus de dentistes doivent être formés. Le service dentaire rétribué ne peut être utile que dans les régions où l'insuffisance de dentistes se fait le plus gravement sentir et, à cause du renouvellement régulier et prévu du personnel, n'apportera pas une solution aussi satisfaisante que si un dentiste s'y installait de façon permanente.

On suggère aussi de faire une étude approfondie sur l'emploi du personnel auxiliaire. Par exemple, les mécaniciens dentistes sont autorisés en Alberta et Colombie-Britannique à faire certains bridges et pièces dentaires et, en Nouvelle-Zélande, les infirmières dentaires peuvent faire des obturations simples. Il apparaît clairement que le dentiste doit apprendre à utiliser les services d'assistants compétents, s'il veut employer son temps le mieux possible.

On a indiqué qu'un des plus sérieux obstacles au recrutement des dentistes est le fait que la proportion d'étudiants venant de régions rurales pour suivre des cours universitaires, ne représente qu'un tiers de la proportion des étudiants venant de zones urbaines. On a surtout besoin de meilleurs instituteurs et de meilleurs établissements d'enseignement aux niveaux primaire et secondaire dans les régions rurales et les petits centres urbains. S'il n'y a pas plus d'étudiants possédant une meilleure instruction qui poursuivent leurs études, le recrutement de personnel spécialisé dans les services ruraux sera probablement difficile, à l'avenir, non seulement dans la profession de dentiste mais dans tous les domaines "professionnels" et techniques. Les conditions économiques peuvent aussi présenter un obstacle sérieux. On suggère de faire une étude approfondie des établissements et des possibilités d'instruction, pour les élèves des petites collectivités rurales et urbaines.

---

[1] Voir pp. 42–44.

[2] Une unité dentaire conviendrait, si elle comprenait un logement, soit dans un hôpital soit dans un édifice réservé aux services de santé. Cette unité indépendante, formée d'un cabinet et d'un logement, pourrait être construite par une ville et louée à un dentiste à un prix raisonnable.

Un problème difficile, dans les collectivités urbaines aussi bien que rurales, consiste à trouver les installations permettant de soigner les enfants et les adultes pour qui une anesthésie générale est nécessaire, par exemple les personnes souffrant de paralysie cérébrale ou d'arriération mentale, ou qui doivent être sous surveillance médicale pendant certaines interventions, comme les hémophiles ou les cardiaques gravement atteints[1]. Quelques grands hôpitaux urbains ont des services dentaires mais ils sont relativement peu nombreux. De plus, ceux qui existent ne sont pas utilisés à fond[2]. Les auteurs de cette étude n'ont pas eu le temps d'étudier la question en détail. La difficulté vient en partie, semble-t-il, de ce que le personnel médical de certains hôpitaux refuse de mettre des lits à la disposition des services dentaires. Nous suggérons d'étudier la question plus à fond. Cependant, conseillons en principe que l'hôpital principal de chaque région fournisse les installations et les lits pour les personnes qui requièrent une surveillance médicale et une anesthésie générale pour les soins dentaires.

Beaucoup de personnes, parmi celles qu'on a interrogées dans les quatre régions étudiées, ont parlé de la difficulté qu'on rencontre à donner des soins préventifs et restaurateurs aux enfants et aux adultes des familles à faible revenu. On peut généralement prendre des dispositions, grâce à la collaboration des dentistes de la localité, pour que ces enfants soient placés sous la tutelle des Sociétés protectrices de l'enfance. Selon la loi générale sur l'assistance sociale, seuls les traitements d'urgence sont remboursés. Les personnes âgées, qui n'ont pour vivre que leur pension de vieillesse ou même celles qui disposent d'un modeste revenu supplémentaire, arrivent difficilement à s'offrir de nouveaux dentiers ou à faire réparer ceux qu'elles portent. Les clubs philanthropiques ou autres sont souvent sollicités. Ils ne peuvent pas toujours rendre ce service. Les infirmières-hygiénistes et bien d'autres personnes passent une bonne partie de leur temps à faire de tels arrangements. Ces questions sont difficiles à régler dans toutes les localités mais dans les régions où, en plus, les dentistes sont rares, les difficultés sont considérablement plus grandes.

A notre avis on devrait modifier complètement les principes de remboursement des frais de traitement au moyen d'allocations générales ou spéciales, de sorte que les soins dentaires préventifs et restaurateurs, y compris les dentiers, soient remboursés selon d'autres principes que ceux de la charité et du hasard.

RÉADAPTATION[3]

Jusqu'à ces derniers temps, les services de réadaptation étaient peu nombreux, à part les services destinés à certains groupes particuliers, comme les travailleurs blessés, le personnel des forces armées, les invalides de guerre, les aveugles et

---

[1] *Hospital Accommodation and Facilities for Children in Metropolitan Toronto* (Toronto: *Committee for Survey of Hospital Needs in Metropolitan Toronto*), p. 52.

[2] Par exemple, le service du *Peterborough Civic Hospital* ne serait utilisé que très partiellement, dit-on.

[3] Pour des détails sur les services de réadaptation dans les localités étudiées, voir appendices I-IV, pp. 219-402.

certains autres groupes. Ces dernières années cependant, ce problème a suscité de de l'intérêt un peu partout et de nombreux établissements de réadaptation se sont créés.

En Ontario, une division du ministère provincial de la Santé accorde une aide financière pour la réadaptation, sur le plan médical, de malades souffrant de tuberculose ou de maladie mentale. Elle encourage aussi activement le développement de services communautaires[1]. La division de la prévention de la tuberculose a organisé, depuis quelques années, un service de réadaptation professionnelle. L'Ontario a aussi conclu un accord avec le gouvernement fédéral, aux termes de la loi sur la réadaptation professionnelle des invalides. Conformément aux dispositions de cette loi[2] et à celles de la loi provinciale, le ministère ontarien du Bien-être social a mis sur pied un ensemble de services de réadaptation[3] qui s'appliquent à toutes les sortes d'invalidités. Il y a des conseillers des services de réadaptation dans toute les bureaux régionaux du ministère, à travers toute la province, et ils visitent régulièrement les personnes qui leur sont signalées. Les personnes protégées par la loi de l'Ontario sur les accidents du travail et la loi sur la réadaptation des anciens combattants sont exclues de ce programme. Aux termes de la loi générale sur l'assistance sociale de l'Ontario, les personnes, non employées ou non employables, qui en ont besoin et qui ne tombent pas sous le couvert d'une autre loi, peuvent recevoir une formation ou une rééducation professionnelle, ainsi que des appareils de prothèse. Ce programme est financé conjointement par la province et par la municipalité du lieu de résidence. Le service national de placement offre un service de placement spécial, dans ses bureaux régionaux, pour les travailleurs invalides.

Aux termes de la Loi sur les accidents du travail, les travailleurs accidentés dans l'industrie ou devenus invalides à la suite d'une maladie professionnelle ont droit aux soins médicaux, à l'indemnité et aussi à la réadaptation professionnelle dont ils auraient besoin. La Commission des accidents du travail dirige un grand centre de réadaptation près de Toronto. Là où c'est possible, on utilise les installations locales. Les agents de réadaptation de la Commission sont en relations étroites avec les employeurs et les syndicats, à partir du bureau principal du centre de réadaptation de Downsview et des bureau de districts, et s'efforcent de trouver des emplois satisfaisants aux travailleurs accidentés qui ne peuvent pas retourner à leur travail précédent.

Le ministère des Affaires des anciens combattants, grâce à ses bureaux régionaux et à l'hôpital Sunnybrook à Toronto, offre des services de réadaptation

---

[1] Des conférences régionales sur la réadaptation, réunissant les délégués des organismes professionnels et bénévoles intéressés, ainsi que ceux du gouvernement, des hôpitaux et de la Santé publique, ont été organisées au début de 1963 dans les régions de Fort-William-Port Arthur (Tête-des-Lacs) et d'Oshawa comté d'Ontario.

[2] Le gouvernement fédéral rembourse 50 p. 100 des frais à la province.

[3] Ils comprennent des services d'appréciation d'invalidité et d'orientation, de rééducation physique, des services sociaux, de formation professionnelle et procurent des appareils de prothèse On offre aussi des allocations de subsistance pendant la durée de l'évaluation, du traitement et de la rééducation.

physique et professionnelle et des appareils de prothèse. Le grand public peut utiliser ce dernier service à un prix raisonnable.

La plupart des services de santé locaux s'occupent de dépistage et d'orientation grâce aux programmes d'hygiène maternelle et infantile et à ceux de l'hygiène scolaire, grâce aussi aux services organisés pour les vieillards, là où ils existent. Dans certains cas, dans le comté d'Ontario par exemple, ces services ont contribué à l'établissement de conseils régionaux de réadaptation.

Une description détaillée des nombreux organismes bénévoles qui ont organisé des services de réadaptation dans l'Ontario dépasse le cadre de cette étude. Toutes sortes d'organismes bénévoles offrent des services de réadaptation physique, professionnelle et d'orientation, à des niveaux divers, destinés à toutes sortes de malades, par exemple les enfants infirmes, les adultes atteints de déformations physiques, les aveugles, les paraplégiques, les personnes souffrant de rhumatisme, et d'arthritisme et celles qui sont atteintes de cancer. Certains procurent des emplois réservés et des possibilités limitées de logement. Quelques-uns des plus grands organismes sont constitués sur le plan provincial et national. Quelques-uns ont créé des centres de réadaptation et emploient un personnel local en plus des groupes de travailleurs bénévoles[1]. D'autres organismes fondés pour lutter contre des maladies déterminées offrent parfois des conseils et certains services personnels aux malades qui souffrent de cette maladie[2]. Les plus petits organismes de cette espèce sont généralement des services de renseignements et, dans une certaine mesure, d'orientation, à partir de bureaux centraux provinciaux. Beaucoup d'organismes tiennent surtout à faire progresser la recherche et certains apportent leur aide à la formation professionnelle.

Enfin, les hôpitaux urbains mettent de plus en plus des services de physiothérapie à la disposition des malades. Dans quelques grands hôpitaux urbains, généralement des hôpitaux d'enseignement, il y a d'importants services de réadaptation réservés aux malades hospitalisés et, dans certains cas, aux malades externes. Ceux-ci dispensent parfois des conseils d'ordre social, des soins pendant la journée et des soins à domicile[3]. A Toronto et à Peterborough[4], les services pour malades hospitalisés se développent rapidement et, avec de l'encouragement et un personnel plus nombreux, ils devraient continuer à se développer. Un certain nombre de centres spécialisés de réadaptation à Toronto et dans d'autres grandes villes, généralement des centres universitaires, mettent leurs services à la disposition de toute la province de l'Ontario et, dans une certaine mesure, des provinces voisines. Cependant, si les services hospitaliers et les établissements spécialisés continuent à se développer séparément, sans qu'il y ait de coordination entre eux,

---

[1] Par exemple: *The Ontario Society for Crippled Children*, l'Institut national canadien pour les aveugles, *"The Rehabilitation Foundation for Poliomyelitis and the Orthopaedically Disabled"* la Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme, etc.

[2] Par exemple, les divisions de l'Ontario de la Société canadienne du cancer et de l'Association canadienne antituberculeuse, etc.

[3] Par exemple, le *Toronto Western Hospital*.

[4] Voir appendice I, pp. 238–244.

il peut en résulter une multiplication d'installations semblables et un gaspillage de personnel spécialisé, déjà si rare.

Dans le cas de certaines maladies, où le nombre des malades est relativement petit et les soins très spécialisés, la meilleure solution est sans doute l'organisation de centres spéciaux, destinés à toute la province ou même à tout le pays, comme le traitement des paraplégiques du *Lyndhurst Lodge Hospital*, à Toronto. Ainsi, par exemple, il y a un certain nombre d'enfants gravement infirmes, victimes de la thalidomide; la création d'un ou deux centres au Canada serait peut-être le meilleur moyen de leur donner l'éducation particulière qui leur permettrait de résoudre les problèmes soulevés par leur infirmité. D'autre part, dans toutes sortes de cas moins particuliers, des centres et des services plus généralisés, selon le traitement pratiqué au *"Toronto Western Hospital"*, par exemple, semblent donner des résultats satisfaisants.

Une façon de procéder serait de grouper les organismes spécialisés autour d'un centre plus général, comme c'est en partie le cas dans le quartier situé aux alentours de l'avenue North Bayview à Toronto; on y a construit plusieurs centres bénévoles ou publics, les uns à côté des autres. Cela permettrait d'utiliser en commun le personnel et le matériel spécialisés, tous deux si rares, et empêcherait la multiplication des services auxiliaires, comme ceux des appareils de prothèse, à condition que l'organisation administrative se fasse selon un principe de collaboration. Dans les grandes agglomérations urbaines, il est aussi nécessaire de prévoir, dans les hôpitaux, des traitements bien établis destinés aux malades hospitalisés ou externes, pour résoudre certains problèmes plus généraux de réadaptation. Cependant il est essentiel, dans une grande agglomération urbaine, que les services de réadaptation soient organisés et coordonnés sur le plan du secteur. Les services très spécialisés devraient être organisés et coordonnés sur le plan provincial ou même, dans certains cas, sur le plan national.

Le problème actuel, dans la plupart des collectivités rurales ou semi-urbaines, est que même les services courants de réadaptation sont pratiquement inexistants, parce qu'il est difficile d'obtenir un personnel qualifié et parce que les hôpitaux sont administrés comme des unités séparées.

Il ne semble évidemment pas raisonnable d'essayer d'organiser un service de réadaptation, même réduit au minimum, dans chaque hôpital de petite ou de moyenne grandeur. Un plan régional de services de réadaption est la seule solution raisonnable qui permette d'utiliser le personnel et le matériel de la façon le plus économique possible[1]. De plus, on ne devrait traiter dans ces centres régionaux que les cas simples et essentiels, en hospitalisant les malades, en les traitant dans des dispensaires ou en les soignant à domicile. Puisqu'on a besoin de services de réadaptation non seulement dans les hôpitaux et autres institutions semblables mais aussi pour des soins à domicile, on suggère que ces services dépendent de l'administration régionale des services de santé, en collaboration avec les

[1] La Commission des services hospitaliers de l'Ontario vise à organiser, dans sa planification des hôpitaux, un système régional de services de réadaptation physique.

hôpitaux, les services de santé publique et d'autres services essentiels[1]. Les cas difficiles seraient renvoyés à des grands centres de réadaptation générale et spécialisée, situés dans de grandes villes, qui seraient aussi avant tout des centres d'études médicales.

Il y a un autre problème urgent: le manque presque total d'établissements destinés à recevoir les adolescents et les jeunes adultes atteints d'infirmités graves. On a découvert qu'un certain nombre d'entre eux vivaient dans des asiles de vieillards parce qu'on n'avait aucun autre logement à leur offrir. Même rareté d'installations pour les enfants atteints d'infirmités graves. Toute organisation régionale des services de santé devrait cependant prévoir ces installations.

On peut aussi soulever la question du rôle des organismes bénévoles dans la réadaptation[2]. Dans les régions rurales et semi-urbaines qu'on a visitées, à part les visites périodiques effectuées par le personnel local, et les consultations périodiques permettant d'établir un diagnostic et de suivre le malade qu'offre un petit nombre de grands organismes provinciaux, les autres organismes sont surtout actifs dans les domaines de l'information du public, de la collecte de fonds et de la distribution des pansements, des médicaments, des aliments supplémentaires, etc., dont les malades peuvent avoir besoin[3]. Les organismes qui ont un vaste ensemble de services de consultations et de physiothérapie remarquent qu'il devient toujours plus difficile, à part quelques cas exceptionnels où les moyens employés pour réunir les fonds ont attiré l'attention du public, d'obtenir des fonds suffisants de sources privées seulement. Les subventions des gouvernements, à tous les niveaux, deviennent de plus en plus nécessaires et forment une partie des revenus de ces organismes. Selon l'organisation régionale des services de la santé qu'on vient de décrire, les institutions bénévoles devraient être subventionnées par l'organisme régional, suivant des normes et des tarifs spéciaux, pour dispenser certains services; sinon, ils devraient se consacrer uniquement à d'autres activités importantes, comme les projets-témoins, l'éducation du public, les visites aux malades et la distribution de petits cadeaux, pour les besoins personnels des malades.

SANTÉ MENTALE[4]

La division de la santé mentale du ministère de la Santé de l'Ontario dirige un ensemble d'hôpitaux pour le traitement, la surveillance et la protection de malades qui ont besoin d'un traitement psychiatrique de longue durée, pour le traitement des épileptiques et des malades atteints d'une grave déficience mentale. Il y a un hôpital qui s'occupe d'un certain nombre d'enfants atteints de troubles affectifs graves, qui ont besoin de traitement, de surveillance et de soins plus complets que ceux qu'il est possible de donner dans un dispensaire. De plus, le personnel de cette division veille sur les malades hospitalisés dans des établissements privés

[1] Voir chapitre IV, pp. 87–93.

[2] Voir aussi pp. 82–86, pour un examen général des organismes bénévoles de santé.

[3] Voir appendice II, pp. 326-334, et appendice III, pp. 371-379.

[4] Pour plus de détails sur les services de la santé mentale dans les collectivités étudiées, on doit se référer aux appendices I-IV, pp. 219-402.

et inspecte les cliniques psychiatriques privées. Des psychiatres consultants sont à la tête d'un certain nombre de dispensaires d'hygiène mentale, mis au service de la collectivité, fonctionnant à plein temps et habituellement situés dans les hôpitaux généraux[1]. Il y a aussi plusieurs cliniques mobiles d'hygiène mentale[2], des dispensaires dans les hôpitaux de l'Ontario, des centres de soins pendant la journée, des dispensaires pédiatriques et des cliniques spéciales de médecine légale. En février 1963, il y avait en tout 24 dispensaires qui dépendaient du ministère de la Santé, au service de 43 collectivités[3].

En plus des établissements créés par le ministère de la Santé de l'Ontario, il y a des cliniques dirigées par certains services de santé locaux et, dans quelques municipalités, par des organismes bénévoles[4]. Des infirmières-hygiénistes, appartenant aux services de santé locaux, sont placées dans certains hôpitaux de l'Ontario et assurent une liaison utiles avec les autres services de la collectivité. Dans certaines collectivités, des infirmières-hygiénistes dispensent des soins post-hospitaliers à domicile.

De plus en plus, les hôpitaux généraux des grands centres urbains mettent sur pied des services psychiatriques, pour soigner les malades hospitalisés temporairement et, dans certains cas, pour donner des soins aux malades externes.

Certaines administrations scolaires[5], surtout dans les grandes villes ont organisé des services de consultation d'hygiène mentale, pour les jeunes d'âge scolaire. Ce service peut être organisé directement par la commission scolaire[6] ou selon un arrangement entre les divers services locaux de santé mentale, qu'ils soient bénévoles ou dépendants du ministère de la Santé publique.

Dans les grandes villes, de fortes pressions s'exercent pour que soient crées plus d'installations permettant d'établir un diagnostic et d'administrer des traitements de courte durée. Dans la région de Toronto, par exemple, on est à mettre sur pied dans les hôpitaux généraux des services considérés comme le prolongement de ceux que dispensent les hôpitaux administrés par la province.

Sous les auspices des services de la santé publique ou, parfois, d'organismes bénévoles, on en a aussi créé dans les dispensaires d'hygiène mentale, de diagnostic et de soins aux malades externes. Dans les deux hôpitaux de la région, administrés par la province, des infirmières-hygiénistes assurent la liaison avec les autres services de la collectivité. Plusieurs municipalités de la région prévoient un service de visites à domicile, par l'infirmière-hygiéniste, pour les soins post-hospitaliers.

---

[1] Par exemple la clinique du *Civic Hospital* de Peterborough. Voir appendice I, p. 244-245.

[2] Par exemple la clinique mobile, qui circule depuis un hôpital dépendant de la province, situé à North Bay, jusqu'à Kirkland Lake. Voir appendice III, p. 356.

[3] D'après un rapport paru dans *The Globe and Mail* de Toronto, le 27 février 1963.

[4] D'après un rapport paru dans *The Globe and Mail* de Toronto, le 22 février 1963.

[5] Voir aussi pp. 34, 35.

[6] Par exemple, la commission scolaire de la ville de Toronto. Voir appendice IV, p. 397.

Dans les régions rurales et dans les petites collectivités, les services locaux d'hygiène mentale sont limités ou inexistants. Dans le district de Timiskaming[1], le seul service d'hygiène mentale existant jusqu'à ces derniers temps consistait à envoyer les cas à l'hôpital administré par la province à North Bay. A cause des distances et des frais de transport, on n'y envoyait que les cas les plus graves. Ce qui signifiait que les infirmières-hygiénistes, les médecins de famille, les instituteurs, les prêtres, le personnel de la Société protectrice de l'enfance et d'autres personnes encore tentaient de traiter les cas-limites et les cas bénins. Presque toutes les personnes interrogées ont reconnu que le problème était grave parce qu'elles se rendaient compte des limites de leur compétence, quand elles s'occupaient de ces cas. En novembre 1962, on a mis sur pied, à titre d'expérience, une clinique itinérante d'hygiène mentale, aux consultations mensuelles. Cependant, cette clinique ne peut être qu'un centre où l'on dirige les malades et on ne peut s'y occuper que de cas relativement graves.

Dans le comté de Huron, il n'y avait aucune installation locale d'hygiène mentale jusqu'à l'ouverture du nouvel hôpital administré par la province, en janvier 1963[2]. Les cas graves étaient envoyés à l'hôpital administré par la province à London. Une équipe formée par du personnel médical de l'hôpital provincial visitait la région régulièrement et pouvait donner quelques soins posthospitaliers. Cependant, ce personnel ne pouvait s'occuper que des cas les plus graves. Comme à Timiskaming beaucoup de personnes, parmi celles qu'on a interrogées, s'inquiétaient fort d'avoir à résoudre des problèmes qui dépassaient leur compétence.

Il est difficile de déterminer quel serait la meilleure façon d'organiser les services pour mieux résoudre les nombreux problèmes posés par la santé mentale; il est difficile aussi, d'évaluer la valeur réelle des divers systèmes expérimentés actuellement, comme les cliniques de diagnostic itinérantes, au service des collectivités rurales et des petites collectivités urbaines. A notre avis, il est nécessaire de faire des expériences et des études plus poussées et plus approfondies, qui pourront être évaluées avec soin, avant de pouvoir atteindre une conclusion finale.

Quelle que soit l'organisation définitive des services, une organisation régionale de tous les services organisés de santé, y compris les services d'hygiène mentale, permettrait à notre avis d'utiliser au mieux le personnel et les installations si rares dans les régions urbaines et rurales. Le traitement de la santé mentale devrait être incorporé à celui que pratiquent les hôpitaux psychiatriques administrés par la province; il devrait aussi être étroitement lié aux traitements dispensés dans les services psychiatriques des grands hôpitaux urbains et des principaux hôpitaux régionaux, comme à ceux des services d'hygiène mentale de la collectivité, dispensés par les organismes locaux de santé, les centres de réadaptation, les écoles et les organismes d'orientation sociale; tout cela serait coordonné par l'organisation régionale des services de santé[3].

---

[1] Voir appendice III, p. 356.

[2] Voir appendice II, p. 318.

[3] Voir chapitre IV, pp. 87-93.

SOINS AUX VIEILLARDS[1]

En Ontario, les vieillards disposent de toutes sortes de services de santé et d'assistance, selon des programmes gouvernementaux ou non. La plupart de ces services sont à l'usage de la population en générale mais certains d'entre eux sont spécialement destinés aux personnes âgées. Dans le domaine des soins aux vieillards, on ne peut délimiter clairement la part des services de santé et celle des services sociaux, puisque bien des traitements contiennent des éléments qui appartiennent à ces deux services. On ne tentera donc pas de marquer les différences entre ces services mais au contraire on insistera sur les relations qui existent entre eux et qui commandent le bien-être des personnes âgées.

La Société pour les personnes âgées de l'Ontario *(The Ontario Society on Aging)* a réparti les services et les installations dans les cinq catégories[2] générales suivantes:

1. Sécurité du revenu. – Les législations fédérale et provinciale ont créé toutes sortes de plans d'aide financière et d'assistance aux personnes âgées qui remplissent les conditions spéciales d'admissibilité. Ces plans comprennent la Loi sur la sécurité de la vieillesse[3], la Loi sur l'assistance-vieillesse[4], la Loi générale sur l'assistance sociale[5], la Loi sur l'assistance-chômage[6], la Loi sur les allocations aux anciens combattants[7], la Loi sur les allocations aux

---

[1] Pour des détails sur les services destinés aux vieillards dans les collectivités étudiées voir appendices I–IV, pp. 219-402.

[2] L'ouvrage intitulé: *"A Guide to Legislation and Services Related to the Well-being of Older People in Ontario"* (Toronto: *Ontario Society on Aging*, 1962), est la source des renseignements contenus dans le résumé présenté dans cette partie du rapport. Toute personne désirant obtenir des renseignements plus détaillés sur un aspect particulier de la législation ou sur n'importe quel service spécial devrait consulter ce guide et d'autres sources détaillées.

[3] Les personnes âgées de 70 ans ou plus, qui remplissent certaines conditions de résidence, reçoivent une pension mensuelle de $65. La pension est payée par la gouvernement fédéral.

[4] Les personnes âgées de 65 à 69 ans, reçoivent une aide financière de $65 par mois au maximum, après constatation des besoins. Ce fonds d'assistance est géré par la province et son financement assuré par les gouvernements fédéral et provincial.

[5] Les personnes qui ne remplissent pas les conditions nécessaires pour recevoir une aide financière selon d'autres plans reçoivent des allocations d'assistance, après constatation des besoins. Le fonds est administré par les municipalités et il est financé aux trois échelons dans les proportions suivantes: gouvernement fédéral, 50p. 100; gouvernement provincial, 30p. 100; administration municipale 20p. 100. Une aide est aussi apportée aux personnes nécessiteuses, après constatation des besoins, sous forme de soins dans une clinique autorisée, d'allocations de subsistance après un séjour en sanatorium, de payement de frais de transport pour soins, de certains traitements de réadaptation, d'indemnités d'incapacité, de payement de frais d'hôtel et de traitements dentaires d'urgence. La municipalité peut fournir un supplément de $20 par mois au maximum aux personnes qui reçoivent une aide des divers plans d'assistance du gouvernement, pour des frais de logement ou d'autres dépenses extraordinaires. Les frais supplémentaires peuvent aussi être partagés. Les municipalités ont l'autorisation d'utiliser ces fonds supplémentaires d'assistance et l'usage qu'elles en font varie beaucoup d'une municipalité à l'autre.

[6] Le gouvernement fédéral payera 50p. 100 des frais de l'assistance-chômage provinciale.

[7] Des allocations peuvent être payées par le gouvernement fédéral, aux anciens combattants canadiens, après constatation de leurs besoins, du Commonwealth ou des forces alliées, qui ont 60 ans et qui vivaient au Canada au moment où ils se sont engagés ou qui remplissent certaines conditions de résidence. Les femmes qui ont fait partie de l'armée pendant la guerre et les veuves reçoivent ces indemnités à partir de 55 ans. Les limites d'âge sont abaissées dans certaines circonstances d'ordre médical ou économique. Dans certains cas spéciaux, on peut obtenir des allocations supplémentaires d'assistance.

invalides[1], la Loi sur les allocations aux aveugles[2], la Loi sur les pensions[3], la Loi sur les accidents du travail[4], et la Loi de l'impôt sur le revenu[5]. De plus le Service national de placement a un bureau spécial d'orientation et de placement pour personnes âgées ou d'âge moyen; en Ontario, les membres des professions judiciaires offrent gratuitement leurs services, dans la plupart des matières civiles ou criminelles, aux personnes dont le salaire annuel ne dépasse pas une certaine limite[6].

2. *Santé et soins médicaux.* – Les services disponibles comprennent ceux qui sont prévus par le plan de médecine sociale de l'Ontario[7], la Loi sur la commission des services hospitaliers[8], la Loi sur les services d'infirmières et d'aides familiales[9], la Loi sur la réadaptation professionnelle des infirmes[10] et la Loi sur les

[1] Payement d'allocations, qui peuvent s'élever jusqu'à $65 par mois, aux adultes invalides d'une manière totale et permanente, dont les titres d'admissibilité, ont été établis par une enquête sur les ressources financières. Le fonds est géré par le gouvernement provincial et financé conjointement par les gouvernements fédéral et provincial.

[2] Payement d'allocations qui peuvent s'élever jusqu'à $65 par mois aux personnes qui y ont droit parce que leur état correspond à la définition de "cécité" et qu'on a fait une enquête sur leurs ressources financières. Un traitement des yeux est offert à ceux qui pourraient en retirer un un avantage. Si ce traitement donne de bons résultats, l'allocation cessera d'être payée après trois mois. Le fonds est administré par le gouvernement provincial et financé conjointement par les gouvernements fédéral et provincial.

[3] Pensions payées par le gouvernement fédéral aux membres des forces armées du Canada qui étaient invalides au moment de leur retraite ou de leur licenciement. Des pensions peuvent aussi être payées aux personnes qui étaient à la charge d'anciens combattants décédés.

[4] Des indemnités pour une perte temporaire de revenus, pour des dépenses médicales et des pensions pour incapacité permanente sont payées aux travailleurs qui ont été blessés ou qui sont tombés malades au cours ou à l'occasion de leur travail. Il y a aussi des indemnités aux personnes à charge, aux survivants, et d'autres indemnités spéciales, dont les fonds sont administrés par la Commission des accidents du travail de l'Ontario et financés par une cotisation progressive imposée à l'industrie.

[5] Les contribuables peuvent déduire $500 de leur revenu imposable dans leur déclaration d'impôt fédéral pour l'année où ils ont atteint 65 ans et pour les années suivantes. Les contribuables peuvent déduire jusqu'à $500 pour des parents ou des grand—parents devenus complètement à leur charge à la suite d'une infirmité mentale ou physique.

[6] Une somme de $1,200 par année pour les célibataires et de $1,800 pour les couples.

[7] Les personnes âgées admissibles comprennent celles qui reçoivent les pensions de l'assistance-vieillesse et de l'assistance sociale générale, les allocations pour aveugles et invalides, les allocations des services de réadaptation, les allocations de maternité et, après une évaluation des besoins, la pension de la sécurité de la vieillesse. La province fournit les fonds du plan, qui est établi par l'Association médicale de l'Ontario. Les avantages comprennent les consultations à domicile ou à un cabinet médical et les soins d'urgence. Les dépenses faites pour l'achat de lunettes, d'appareils dentaires et auditifs et pour les soins médicaux reçus à l'hôpital ou dans un dispensaire ne sont pas comprises. Des accords provinciaux séparés prévoient le payement des services médicaux aux vieillards, dans des *nursing homes* ou des maisons pour vieillards.

[8] Les personnes qui reçoivent des allocations d'assistance spéciales, selon la catégorie où elles sont classées se font rembourser par la province les primes qu'elles paient au régime d'assurance-hospitalisation de l'Ontario. Pour celles qui relèvent de l'assistance sociale générale, la municipalité du lieu de résidence est chargée soit de payer leurs primes, soit de payer les frais réels de l'hospitalisation, à un prix per diem établi à l'avance.

[9] Toute municipalité peut organiser directement des services d'infirmières ou d'aide familiale, comprenant des visites et des soins temporaires aux personnes âgées, infirmes, malades ou convalescentes, de sorte qu'elles puissent rester chez elles après un séjour à l'hôpital ou dans un autre établissement; la municipalité peut aussi subventionner un organisme bénévole pour qu'il rende ces services. Quant aux frais occasionnés par les indigents, définis comme tels par la loi, la province les remboursera à la municipalité jusqu'à concurrence d'une certaine somme fixée à l'avance.

[10] Conformément à ces lois, les gouvernements fédéral et provincial se partagent les frais occasionnés par tous les services sociaux, de rétablissement, d'orientation ou d'appareils de prothèse, destinés à des invalides qui pourraient se rendre utiles dans un métier, s'ils étaient convenablement rééduqués. Le régime est administré par la province.

services de réadaptation, la Loi générale sur l'assistance sociale[1], la Loi sur les services médicaux et hospitaliers payés par anticipation[2] pour créer des sociétés d'assurance sans but lucratif[3], la Loi sur la santé publique[4], le projet témoin de soins à domicile de la ville de Toronto[5], les programmes des sociétés d'infirmières-visiteuses[6] et d'un grand nombre d'organismes bénévoles de santé qui dispensent des services aux personnes atteintes de certaines maladies ou de certains genres de maladies[7].

3. *Logements indépendants* – Les lois fédérales et provinciales prévoient toutes sortes d'allocations de logement; ces lois comprennent: la Loi nationale sur le logement[8], la Loi sur l'expansion des logements[9], la Loi sur les logements

---

[1] La loi générale d'assistance sociale a prévu la création de services pour la rééducation des personnes en chômage ou difficiles à placer, qui peuvent bénéficier d'une telle rééducation et qui sont déclarés admissibles, à la suite d'une enquête sur leurs ressources financières. Le régime est administré par la province et financé conjointement par la province et la municipalité du lieu de résidence. Les appareils de prothèse sont compris.

[2] On peut former des compagnies ou des sociétés sans but lucratif pour assurer le payement par anticipation de soins médicaux personnels.

[3] Par exemple: *Physicians Services Incorporated, Windsor Medical Services, Associated Medical Services Incorporated* et d'autres sociétés coopératives de payement par anticipation.

[4] Voir la description des services offerts, pp. 13-38. A part les services généraux de la santé publique, comme les visites faites par les infirmières-hygiénistes, quelques divisions locales des organismes de la santé ont organisé, de façon expérimentale, certains services spéciaux destinés aux vieillards.

[5] Grâce aux organismes sociaux, de santé ou d'assistance, officiels ou bénévoles, on a créé toutes sortes de services de soins à domicile prescrits par le médecin, pour les cas de maladies chroniques ou aiguës et pour les convalescents et les personnes qui sortent de l'hôpital; ce régime est administré par la ministère de la Santé en collaboration avec les médecins, les organismes de santé et les hôpitaux; le financement est assuré par une subvention de la Santé nationale. Récemment, on y a associé deux plans hospitaliers, celui des hôpitaux *Western* et *Mount Sinaï* de Toronto. Ils sont financés par la Commission des services hospitaliers de l'Ontario. Voir pp. 79-81.

[6] L'Ordre des infirmières de Victoria et la "*St. Elizabeth Nursing Association*" ont organisé des services d'infirmières visiteuses, dont les honoraires sont payés selon une échelle mobile. Ces services sont financés par des fonds provenant de la charité publique, du gouvernement et des particuliers.

[7] Par exemple, la Société canadienne du cancer, la Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme, l'Institut national canadien des aveugles, etc.

[8] Aux termes de cette loi, la Société centrale d'hypothèques et de logement, organisme fédéral, peut fournir des prêts à long terme et à intérêt peu élevé à des compagnies à dividendes limités, pour des projets de logement à loyers réduits. Ces compagnies peuvent soit construire de nouveaux édifices ou transformer ceux qui existent déjà. Des associations religieuses ou laïques de citoyens bénévoles peuvent former des compagnies à dividendes limités, où les municipalités peuvent être représentées. Conformément à d'autres articles, la Société peut garantir des prêts avancés par des banques ou d'autres organismes pour des transformations ou des agrandissements d'habitations, à conditions que le propriétaire remplisse certaines conditions. Plus loin, un autre article autorise la Société, en collaboration avec la province, a acheter des terrains pour construire des habitations à vendre ou à louer; la Société et la province se partagent les frais et les profits dans une proportion de 75 et 25 p. 100. Pour réaliser ces projets, on peut soit fixer un loyer qui couvrira les frais d'exploitation et permettront de recouvrir les investissements de capitaux, soit obtenir une subvention, qui couvrira les dédicits suivant la même proportion de 75 et 25 p. 100. Les municipalités qui désirent mettre au point un tel projet doivent soumettre leurs propositions par l'intermédiaire de la province.

[9] Cette loi de l'Ontario autorise les municipalités à participer à la réalisation de projets, selon les accords fédéraux-provinciaux déjà mentionnés, et d'aider à se procurer des fonds et des terrains.

subventionnés destinés aux vieillards[1], la Loi sur le logement des personnes âgées[2] et la Loi de l'impôt sur le revenu[3].

4. *Logements dans des institutions* – Plusieurs lois provinciales prévoient des institutions où les pensionnaires peuvent aussi recevoir des soins; voici quelques-unes de ces lois: la Loi sur le logement des personnes âgées[4], la Loi sur les institutions de charité[5], la Loi générale sur l'assistance sociale[6], la Loi sur les municipalités[7] et la Loi sur la santé publique[8]. La Loi fédérale sur la taxe d'accise permet de rembourser la taxe fédérale de vente sur des achats, faits par des institutions autorisées à les faire, de matériaux de construction et d'articles utilisés dans l'exploitation de ces institutions.

5. *Éducation et loisirs.* – La province peut accorder une subvention, conformément à la loi sur les centres de loisirs, en vue de la construction d'un centre de ce genre qui peut être utilisé comme un club ou un lieu de réunion[9] pour les personnes âgées. La loi du ministère de l'éducation autorise le ministre à établir des règlements sur l'éducation des adultes, le camping et les loisirs. Des subventions sont accordées aux commissions scolaires pour des cours du soir. Le ministère organise des cours par correspondance, universitaires ou professionnels. Il y a aussi des services d'orientation, pour les personnes qui s'occupent des vieillards et des

---

[1] Cette loi de l'Ontario met des capitaux à la disposition des sociétés d'habitation à dividendes limités, pour la construction et l'aménagement d'habitations à loyer peu élevé pour les personnes âgées.

[2] Selon un accord préalable, la municipalité de la localité de résidence peut participer aux frais de pension, dans une institution privée et reconnue, d'une personne admissible dans un asile de vieillards, au lieu de l'admettre dans un asile.

[3] Les sociétés constituées dans le seul but de fournir des habitations à loyer modique pour les vieillards ne sont pas soumises à l'impôt, à condition qu'aucune part du revenu ne soit versée à un propriétaire ou à un membre de la société. Les dons offerts à cette société ne sont pas non plus soumis à l'impôt.

[4] On exige des municipalités qu'elles fassent donner des soins dans des hospices aux personnes qui ont plus de 60 ans et qui sont incapables de subvenir à leurs besoins et de prendre soin d'elles-mêmes d'une façon convenable, aux personnes qui ont plus de 60 ans et qui sont mentalement déficientes mais qui ne répondent pas aux conditions d'admission dans un asile d'aliénés, aux personnes qui doivent garder le lit mais qui n'ont pas besoin de soins hospitaliers et aux personnes qui n'ont pas encore 60 ans mais dont on ne peut s'occuper convenablement ailleurs. Une municipalité peut soit fonder son propre asile, soit fonder un asile commun avec une autre municipalité, soit passer un accord avec une autre municipalité pour faire admettre ses résidents dans l'asile de cette dernière. La province paie 50 p. 100 des frais de construction, d'agrandissement ou de rénovation, y compris les meubles et le matériel; elle paie aussi 70 p. 100 des frais nets d'exploitation et d'entretien.

[5] La province accorde des subventions de capitaux de $2,500 par lit ou couvrant 50 p. 100 des frais de construction, si ce montant est moins élevé; elle accorde des subventions pour l'acquisition de bâtiments et paie 75 p. 100 des frais de pension des indigents, jusqu'à concurrence d'un prix maximum, par jour, fixé à l'avance qu'elle verse à des organismes de charité fournissant des hospices pour les personnes âgées. Les subventions de capitaux permettent aussi de contribuer à l'exploitation de foyers destinés aux sans-abris, à condition que la municipalité paie au moins 20 p. 100 des frais.

[6] Les municipalités pourront agréer des *Nursing Homes* destinés à certaines catégories d'indigents. Les provinces participeront à l'entretien de ces *homes* dans la proportion de 80% de la subvention municipale ou à raison de $80 par mois, si cette somme est inférieure.

[7] Cette loi autorise les municipalités à accorder des subventions à des institutions de charité, à établir des normes pour les logements et les pensions, autoriser l'inspection des installations sanitaires et d'autres installations qui pourraient créer un danger d'incendie.

[8] Un service de l'administration municipale est chargé d'inspecter les établissements publics et privés, pour se rendre compte des conditions sanitaires et des autres conditions requises par cette loi.

[9] Jusqu'à un maximum de $5,000 ou 25 p. 100 des frais de construction.

cours pour le personnel des centres de loisirs. La loi de 1961-1962, sur les centres sociaux et de loisirs destinés aux personnes âgées, autorise la province à accorder des subventions à des sociétés reconnues pour construire, modifier, agrandir ou acquérir un bâtiment, qui doit servir de centre pour les vieillards. Le montant de la subvention, ne doit pas dépasser 30 p. 100 des frais de la société et il n'est payé que si la municipalité paie au moins 20 p. 100 des frais. Le comité d'aide aux personnes âgées de la Société canadienne de la Croix-Rouge offre des cours pour les associations qui désirent créer des services de renseignements sur les centres de loisirs, et des services de visites amicales aux vieillards.

Dans toutes les localités visitées au cours de l'étude générale effectué sur place, la plupart des personnes interrogées ont reconnu que le problème le plus difficile qu'ils avaient à résoudre était celui des soins aux vieillards[1]. En dépit d'une multitude de lois, les difficultés qu'on rencontre actuellement quand on essaie de résoudre les problèmes individuels de bien des vieillards sont presque insurmontables, à cause du manque de coordination dans la planification et l'organisation des services. Dans les grandes villes, un certain nombre d'organismes publics, bénévoles ou dépendant des églises dispensent, d'après l'enquête, un bon nombre de services de santé, d'assistance et de loisirs[2]. Dans les régions rurales et dans les petits centres urbains, on a trouvé un très petit nombre de services organisés, à part ceux que dispensent les asiles des comtés, les quelques infirmières visiteuses qui dépendent d'unités sanitaires ou d'associations bénévoles et à l'exception de quelques programmes de construction d'habitations, sous les auspices des églises ou d'organismes bénévoles laïques[3]. Parmi les besoins des personnes âgées relevés au cours de cette enquête, on a mentionné des services d'aide familiale, le remboursement des frais de médicaments ou de lunettes, d'appareils dentaires, auditifs ou autres; les services de visites amicales, les prêts de livres, les centres de loisirs et les services d'assistance permettant de se procurer des repas chauds.

En Ontario, les conseils bénévoles d'aide aux personnes âgées font un travail utile en coordonnant les renseignements et les oeuvres de charité dans un grand nombre de municipalités.

On suggère une organisation régionale des services de la santé[4], qui pourrait rapprocher les services publics des hôpitaux, ceux du ministère de la Santé publique et les programmes de réadaptation et de soins à domicile, relatifs à la santé des personnes âgées. A leur tour, ces services doivent être coordonnés avec un organisme régional d'assistance sociale, de n'importe quelle espèce, qui serait étroitement lié aux services de santé et d'assistance ou qui serait intégré à ceux-ci. Ce corps administratif intégré, ou ces organismes régionaux séparés de santé et d'assistance mais travaillant d'un commun accord, serait chargé de coordonner

---

[1] Voir appendice I, p. 257, appendice II, p. 325, appendice III, p. 370 et appendice IV, p. 401.

[2] Voir appendice I, pp. 250-257, et appendice IV, p. 401.

[3] Voir appendice II, pp. 322-325, et appendice III, p. 370.

[4] Voir chapitre IV, pp. 87-93.

les installations et les services publics, comme les hôpitaux[1], les établissements pour malades chroniques, les services de soins à domicile[2], les maisons de repos, les services de réadaptation et les différents régimes de logements et d'installations prévus pour les vieillards en bonne santé[3]. Cet organisme devrait avoir des liens étroits avec les comités d'aide aux personnes âgées avec les maisons privées, placées sous les auspices d'organismes ecclésiastiques ou bénévoles, et avec d'autres organismes bénévoles. C'est seulement en coordonnant ces services sur une base régionale qu'on pourra, à notre avis, éveiller l'attention sur la complexité des problèmes relatifs à la vieillesse, sur l'interdépendance des éléments (facteurs économiques, santé, logement, loisirs) qui permettent de résoudre ces problèmes et sur la nécessité de créer toutes sortes de services et d'installations, pour répondre aux besoins des vieillards.

SOINS À DOMICILE

Dans la plupart des grandes agglomérations urbaines et dans d'autres plus petites, l'Ordre des infirmières Victoria assure un service d'infirmières visiteuses; dans quelques villes, la *St. Elizabeth Visiting Nurses Association*[4] s'occupe également de ce service. Les infirmières des deux associations ne donnent des soins que sur les directives d'un médecin[5]. Un certain nombre d'agglomérations urbaines ont aussi des services d'aide familiale, organisés sous les auspices de la division ontarienne de la Croix-Rouge ou d'autres organismes bénévoles. Les organismes d'aide familiale varient d'une collectivité à l'autre et servent différentes catégories de malades; cette situation résulte surtout du fait que les fonds et le personnel sont limités. Ainsi quelques-uns de ces organismes ne dispensent leurs services que dans les familles où il y a de jeunes enfants, quand la mère est malade et hospitalisée[6], tandis que d'autres organismes d'aide familiale sont aussi au service des personnes âgées. Les organismes d'aide familiale limitent

---

[1] On suggère d'adopter les deux formes d'hospitalisation, soit pendant la journée, soit pendant la nuit, comme on le voit en Europe, en plus des formes standard d'hospitalisation.

[2] Y compris des aides et du personnel de sexe masculin, pour venir en aide aux hommes âgés souffrant de certaines maladies.

[3] Il serait préférable d'avoir de modestes maisons dans les grands villages et dans les villes, ainsi que des appartements dans des immeubles ou des pensions, plutôt qu'un seul grand asile par comté. Dans les grandes villes, on suggère d'utiliser des maisons et des appartements répartis dans les divers quartiers, plutôt que de grands établissements semi-isolés. L'aide financière accordée pour l'installation de balustrades, de rampes, de barres d'appui dans les salles de bain, etc., fait aussi partie de ces plans de logement.

[4] Par exemple, les deux associations ont des services à Toronto. L'Ordre des infirmières de Victoria dispense aussi des services à Peterborough et au comté de Teck (Kirkland Lake), pour mentionner les collectivités étudiées au cours de notre enquête sur place. Voir appendice I, p. 235, appendice IV, p. 401, et appendice III, p. 355.

[5] Une première visite d'appréciation du cas peut être faite à la demande de la famille mais les visites suivantes, si elles sont nécessaires, ne doivent se faire que si le malade est sous surveillance médicale, L'infirmière visiteuse travaille sous la direction du médecin et le tient parfaitement au courant de toutes ses visites.

[6] Par exemple, la "*Visiting Homemakers Association*" dans la ville de Toronto. Un projet-témoin effectué par la ville et soutenu par une subvention indique qu'il y a une grande pénurie de services destinés aux vieillards. Cependant on n'a pas encore trouvé le moyen de financer une augmentation des services. Voir appendice IV, pp. 401-402.

aussi la durée de leurs services. S'il est nécessaire de prendre des dispositions pour une plus longue période, il faut alors aider le client à prendre ses propres dispositions ou le confier à une institution.

Les fonds nécessaires aux associations d'infirmières visiteuses et d'aides familiales proviennent de plusieurs sources, par exemple, des campagnes de charité communes ou individuelles, des honoraires payés par les clients[1] et des subventions du gouvernement[2]. Dans la plupart des villes, il existe des organismes privés d'aide familiale mais leurs services sont trop onéreux pour beaucoup de personnes[3].

Dans les grands centres urbains, il y a aussi, parfois, des organismes bénévoles qui ont un service de physiothérapie à domicile[4]. Les fonds de ces organismes proviennent d'honoraires fixés selon une échelle mobile, basée sur la capacité de paiement du malade, et des revenus généraux de l'organisme, obtenus par une campagne de charité commune ou individuelle; quelquefois ces fonds proviennent de subventions provinciales ou municipales.

Le seul programme complet et organisé de services à domicile est le projet-témoin de soins à domicile de la ville de Toronto, qu'on a commencé à appliquer en 1958[5]. Ce régime est celui du service municipal de santé, assisté d'un comité consultatif et financièrement appuyé par une subvention nationale. C'est un service de caractère local[6] et destiné à coordonner les organismes publics ou bénévoles de soins à domicile. Chaque fois que c'est médicalement possible, ces soins sont dispensés aux malades aigus et chroniques, aux convalescents ou à ceux qui s'acheminent vers l'issue fatale, en remplacement des soins donnés par les hôpitaux. Parmi les services rendus à la demande du médecin traitant, on peut citer: les visites des infirmières-hygiénistes, le travail social organisé et des infirmières visiteuses, les visites des travailleurs sociaux du ministère du Bien-être social,

---

[1] Selon une échelle mobile basée sur la capacité de paiement.

[2] Quelques municipalités accordent des subventions directes et globales, en échange de soins donnés aux résidents qui ne peuvent pas les payer. Conformément à la loi sur les services d'infirmières et d'aide familiale de 1959, un conseil municipal peut passer un règlement d'application, aux termes duquel il emploie directement des infirmières ou des aides, ou encore les deux à la fois, pour assurer des soins à domicile, ou aux termes duquel il peut passer un accord avec un organisme bénévole qui fournira ces soins. Les personnes qui reçoivent ces soins doivent les payer, dans la mesure où leur situation financière le permet, comme on le définit dans les règlements passés aux termes de cette loi. La municipalité peut payer tout ou une partie des frais des indigents. La province remboursera 50 p. 100 du montant ainsi payer ou $4 par jour, si cette dernière somme est moins élevée, pour des services à domicile fournis à un particulier. S'il s'agit d'une visite faite par une infirmière à une personne qui répond aux conditions énumérées par cette loi, la province remboursera les frais de cette municipalité, à raison de 50 p. 100 du montant ainsi payé pour chaque visite ou $1.25 par visite, si cette dernière somme est moins élevée. La loi est facultative et seules quelques municipalités ont passé le règlement d'application.

[3] Voir, par exemple, appendice I, p. 273. Il y a plusieurs organismes privés d'aide familiale dans le Grand Toronto.

[4] Par exemple, la Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme, à Peterborough et à Toronto, et le Centre de réadaptation de Toronto. Voir appendice I, p. 259, pour une description des services de la Société contre l'arthrite et le rhumatisme à Peterborough.

[5] Pour plus de détails, voir: Barter, Marion I., "*The Pilot Home Care Program of Toronto*", Canadian *Journal of Public Health*, vol. 54 (février 1963), p. 55.

[6] Représentatif des groupes professionnels, du personnel des hôpitaux et des organismes que cela concerne.

les services d'aide familiale, de transport du malade au dispensaire et les autres services prescrits qui procurent aux malades des appareils, du matériel, et d'autres fournitures médicales, ainsi que des médicaments.

En septembre 1961, on a commencé à étendre ces services pour déterminer si l'on ne pourrait pas libérer certains malades de l'hôpital plus tôt et terminer le traitement de ces malades à leur domicile. On a choisi pour cette expérience des malades de l'hôpital *New Mount Sinai* et du *Western Hospital* de Toronto; ces nouveaux services ont été payés en grande partie par une subvention de la Santé nationale et par des subventions supplémentaires de la Ville et de la Commission des services hospitaliers de l'Ontario. On assure des soins posthospitaliers pendant une période qui peut s'étendre à 60 jours et pendant une période supplémentaire, si nécessaire.

Dans un récent article[1] au sujet de ce nouveau régime, on conclut que les services organisés de soins à domicile sont utiles puisqu'ils complètent, pour une certaine catégorie de malades, les soins donnés dans les hôpitaux, dans les dispensaires ou dans les *nursing homes* et qu'il y a suffisamment de cas pour justifier la création d'un régime permanent dans la région de Toronto. A cause du grand nombre d'hôpitaux et d'organismes intéressés par ce système, on recommande d'établir le régime sur les besoins de la localité plutôt que sur ceux des hôpitaux seulement. On a aussi souligné le fait qu'il faudra concevoir pour le système un mode de financement permanent.

Dans les localités visitées, dans le Grand Toronto[2], à Peterborough[3] comme à Kirkland Lake[4], on sentait le besoin d'établir un système organisé de soins à domicile, à cause des nombreuses personnes qui vivent seules dans des appartements et des chambres meublées, sans parents ou amis qui pourraient les aider, et de nombreux vieillards, en particulier si les membres de leur famille, qui s'occupent d'eux, désirent obtenir de l'aide professionnelle et un peu de soulagement dans leur tâche.

Dans les régions rurales et les petites localités urbaines de l'Ontario, les soins à domicile, à l'exception de ceux des infirmières visiteuses, sont difficiles à obtenir de la part d'organismes publics ou privés[5]. Il faut prendre des dispositions personnelles, si l'on a besoin d'aide ménagère et d'assistance médicale. Dans les régions semblables, visitées au cours de cette enquête, on a indiqué que la famille, les voisins et les infirmières mariées pouvaient généralement se rendre utiles, pendant une courte période, mais que des difficultés se présentaient dès qu'il s'agissait d'une aide prolongée. Il ne faut pas non plus oublier qu'en hiver, dans bien des régions rurales, et en toute saison, dans les régions où la population est

---

[1] Barter, *loc. cit.*
[2] Voir appendice IV, pp. 401-402.
[3] Voir appendice I, p. 257.
[4] Voir appendice III, p. 370.
[5] Généralement limité à des examens médicaux et des soins d'urgence. Ici ou là, dans l'unité sanitaire de Durham—Northumberland par exemple, on offre des services plus complets, si c'est nécessaire.

clairsemée, il est plus pratique, si l'on cherche à économiser le personnel, de transporter les malades dans les hôpitaux, des *nursing homes* ou dans d'autres établissements.

Une étude récente faite par l'unité sanitaire d'un comté à prédominance rurale du sud de l'Ontario, le comté de Wellington[1], indique une grande pénurie d'aides familiales et d'infirmières visiteuses[2]. De plus, on a découvert qu'environ une centaine d'infirmières brevetées[3] de cette région s'intéresseraient à mi-temps à ce genre d'activité.

Un système de soins organisés à domicile serait le bienvenu. Il fonctionnerait sur une base régionale et serait administré par les services régionaux de la santé ou ceux de santé et d'assistance là où ils existent. Ce service serait intégré aux services existants de santé publique, des hôpitaux et autres[4]. Le service de soins à domicile devrait être étroitement coordonné à ceux des organismes et services sociaux de la région; en effet, certains services d'aide familiale, comme les services des conseillers sur l'alimentation et la tenue du ménage, sont utiles aux familles qui ne sont pas touchées par la maladie. Le nombre et la variété des services offerts devraient être déterminés après examen des besoins réels de chaque région.

Dans les grandes agglomérations, on devrait subventionner des organismes bénévoles pour dispenser certains services, à condition que ces organismes soient prêts à donner des soins selon des normes acceptables. Dans les régions rurales et et les petites collectivités urbaines, où les organismes bénévoles de soins à domicile sont rares ou inexistants, l'administration régionale des services de santé devrait dispenser ces services directement. Les frais devraient aussi être couverts, d'une façon ou d'une autre, ce qui encouragerait les gens à utiliser les services de soins à domicile, si cela leur était possible, plutôt que de se rendre à l'hôpital, pour la simple raison qu'ils seraient remboursés par le régime d'assurance hospitalière de l'Ontario.

SERVICE D'AMBULANCE[5]

Un des problèmes qu'on rencontre surtout dans les localités rurales et dans les petites villes est celui de l'organisation d'un service d'ambulance. Il faut une population assez dense pour qu'un service d'ambulance public ou privé, utilisé à plein temps soit rentable et que son personnel puisse avoir une formation suffisante

---

1 B.T. Dale, D.M. Mumby, *"A Study of Home Care Needs in Wellington County" (The Wellington County Board of Health*, 1961). La ville de Guelph ne fait pas partie de l'unité sanitaire et n'est pas comprise dans cette étude. En 1961, l'unité comprenait 45,000 personnes. Elle comprend deux villes de 4,000 et 2,200 habitants chacune et plusieurs localités plus petites qui comptent 1,000 habitants au moins.

2 Environ 1,600-1,700 emplois d'infirmières visiteuses et 1,600 emplois d'aides ménagères, pendant l'année où l'étude a été effectuée.

3 N'ayant pas d'emploi régulier d'infirmière et prêtes à consacrer un peu de leur temps à ce travail.

4 Voir chapitre IV, pp. 87-93.

5 Voir aussi appendices I, à IV, pp. 219-402.

pour donner les premiers soins et pour déplacer les blessés ou les malades gravement atteints. Quelques municipalités, à la campagne ou dans les petites villes ont un service d'ambulance ou, plus souvent, subventionnent une entreprise privée, généralement celle des pompes funèbres, pour qu'elle rende ce service à temps partiel.

Dans les régions rurales et dans les petits centres urbains, on pourrait trouver une solution à ce problème en utilisant une ambulance par région, plutôt que d'en avoir une par municipalité. L'administration régionale des services de santé[1] pourrait soit fournir ce service directement, soit subventionner une entreprise privés, travaillant à plein temps, pour fournir ce service, à un prix raisonnable pour ceux qui peuvent le payer et gratuitement pour ceux qui ne le peuvent pas. Cela permettrait d'utiliser le matériel de la façon la plus économique, d'avoir un personnel compétent et mettrait en tout temps ce service à la disposition des habitants, des hôpitaux et des autres institutions. Pour les régions isolées, on suggère la création d'un service aérien d'ambulance, qui desservirait toute la région et serait administré par la province.

Dans les grandes agglomérations, il y a généralement des services privés d'ambulance mais il arrive qu'ils soient trop peu nombreux pour répondre à la demande à toute heure, en toute saison et dans tous les quartiers d'une grande ville. De plus, ces services sont relativement onéreux. Dans ces collectivités, l'administration régionale des services de santé[2] pourrait diriger ce service, comme cela se fait dans la ville de Toronto. Il faudrait prendre des dispositions, du point de vue financier, pour s'assurer que les indigents puissent jouir de ce service, en cas de nécessité, et que le public en général puisse en jouir à un prix raisonnable.

SERVICES PUBLICS D'ASSISTANCE ET SERVICES D'ORGANISMES BÉNÉVOLES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET D'ASSISTANCE[3]

Le ministère du Bien-être public de l'Ontario a un certain nombre de bureaux régionaux dans l'Ontario dont la tâche consiste à administrer les fonds d'allocations, accordées conjointement par le gouvernement fédéral et celui de la province, ou par la province seulement, et destinées à des personnes appartenant à des catégories spéciales d'indigents; ces bureaux sont placés sous la surveillance générale des services municipaux d'assistance dans les régions où il n'y a pas d'administration municipale, ils reçoivent l'aide des services généraux d'assistance.

Les fonctionnaires des services municipaux d'assistance ont pour tâche essentielle d'administrer les fonds de l'assistance sociale générale, ce qui comprend, dans certains cas, le payement d'allocations supplémentaires autorisées de chauffage, de loyer, de médicaments, etc., et d'aider à administrer certains fonds particuliers, ceux des asiles de vieillards, par exemple.

---

[1] Voir chapitre IV, pp. 87-93.

[2] Ibid.

[3] Pour plus de détails sur ces services dans les quatre localités étudiées, voir appendices I à IV, pp. 219-402.

Les allocations supplémentaires varient d'une municipalité à l'autre et bénéficient surtout aux habitants des grandes agglomérations urbaines. De plus, certaines collectivités ont adopté un règlement leur permettant d'utiliser la législation provinciale pour mettre les services des infirmières visiteuses et, beaucoup plus rarement, ceux des aides familiales, à la disposition des personnes qui reçoivent des allocations spéciales et de celles qui relèvent de l'assistance sociale générale[1]. Quelques administrations municipales, surtout dans les villes, ont des fonds limités, destinés à répondre à certains besoins urgents pour lesquels aucun autre financement n'est prévu. Sauf dans quelques grandes municipalités comme Toronto, le personnel des services sociaux n'est pas chargé de l'orientation professionnelle ou d'autres tâches semblables et ne s'occupe que de l'assistance financière, conformément à la législation[2]. Les fonctionnaires des services sociaux ne sont généralement pas des travailleurs sociaux. Il semble quelquefois qu'on place le niveau de l'assistance sociale volontairement aussi bas que possible, au lieu de le faire correspondre aux besoins réels des gens.

Ainsi les secours directs, que les associations bénévoles d'oeuvres sociales, les groupes de paroissiens et les clubs philantropiques essaient d'apporter, consistent surtout en objets de première nécessité comme des médicaments, des appareils de prothèse, des appareils dentaires, des lunettes ou en soin dentaires aux enfants, en matériel pour les soins à domicile et en aliments de régimes. Certaines associations bénévoles décident à l'avance du genre de service et d'assistance qu'elles vont offrir. D'autres considèrent chaque demande individuellement. Les clients s'adressent personnellement à ces organismes ou sont envoyés par des infirmières-hygiénistes, des médecins, des ecclésiastiques ou d'autres personnes encore.

Souvent on renvoie les cas aux services de santé ou aux unités sanitaires. A son tour, le personnel de ces services doit trouver un groupement qui les aidera à résoudre ce problème particulier. Dans les régions où les services municipaux sont limités, le personnel des services de santé passe un temps considérable à de telles occupations. Dans les régions visitées, on s'est plaint de ce travail de "quêteur" et du temps qu'on y passait. Dans quelques municipalités du Grand Toronto et du comté de Teck[3], les fonctionnaires municipaux des services sociaux font une grande partie de ce travail et essaient de subvenir aux besoins qui ne sont pas couverts par la législation.

En dehors des grands centres urbains, les organismes sanitaires bénévoles sont relativement rares[4]. La plupart de ceux qui ont mis en oeuvre des services de soins aux malades, en plus des collectes de fonds et des services de renseignements à l'intention des habitants de la localité, sont des divisions d'associations provinciales ou nationales. Par rapport à ces associations, elles ont une autonomie partielle ou complète. Les services particuliers de dispensaires, d'infirmières visiteuses ou les services spéciaux, comme les banques de sang", dépendent

---

[1] Voir note 9, p. 74.

[2] Voir appendice I, p. 248, appendice II, pp. 321-322, et appendice III, p. 369.

[3] Voir appendice III, p. 369.

[4] Voir appendice II, p. 326 et appendice III, p. 371.

ordinairement, ainsi que leur personnel, des bureaux régionaux ou provinciaux de ces associations[1]. Les groupes bénévoles locaux, qui travaillent pour ces organismes, s'occupent surtout d'apporter leur aide dans les dispensaires, à lever des fonds pour aider à payer les salaires du personnel travaillant dans cette région, à donner des soins individuels aux personnes qui souffrent d'une maladie particulière, à aider à payer les frais de transport jusqu'aux grands centres urbains et les frais de logement pour les malades qui ont besoin d'un traitement spécial, de fournir des pansements et du matériel pour les soins à domicile, et ainsi de suite. Ils accomplissent ainsi des tâches variées et précieuses. Il n'existe que quelques groupements de cette sorte et, par conséquent, des services semblables ne se trouvent que dans les plus grandes localités, c'est là le problème essentiel.

Même dans une ville de la grandeur de Peterborough[2], les services étaient, d'après notre enquête, peu nombreux et peu étendus. D'autre part, dans une agglomération urbaine comme le Grand Toronto[3] il y a une multitude d'organismes qui tentent de faire face à toutes les sortes de demandes faites aux services de santé. On a noté qu'il y a des problèmes de coordination et que, dans certains cas, des services empiètent même l'un sur l'autre. Dans ces grandes agglomérations il y a des organismes de santé qui offrent de nombreux services directs, par exemple, des services de soins à domicile, de physiothérapie à domicile et des centres de réadaptation, d'orientation et de loisirs.

Dans le domaine de la santé, les problèmes que rencontrent les fonctionnaires des services d'assistance sociale et les organismes bénévoles de santé et d'assistance sociale diffèrent d'une localité à l'autre, même à l'intérieur d'une région donnée, comme le Grand Toronto ou le district de Timiskaming. Ces différences dépendent surtout de l'importance des services municipaux d'assistance sociales et, par conséquant, du nombre d'organismes bénévoles, de groupements de paroissiens ou de clubs philanthropiques qui offrent leurs services quand ils n'en existe pas d'autres.

Dans les régions rurales et les petites villes, on a noté, parmi les problèmes le plus souvent mentionnés, le nombre limité de services municipaux d'assistance sociale, la difficulté à obtenir des directeurs de divisions intéressés et actifs, la difficulté à lever des fonds et l'absence quasi totale de services professionnels d'orientation sociale. Ce dernier problème était celui de presque tous les organismes bénévoles ou publics visités. Dans deux de ces régions, la Société protectrice de l'enfance est la seule source de conseils utiles et le personnel de cette société ne dispose que d'un temps limité pour se charger de cette tâche supplémentaire[4]. Même à Peterborough, il n'existe qu'un seul autre centre d'orientation dont le

---

[1] Par exemple, *"The Ontario Society for Crippled Children"*, *"The Rehabilitation Foundation for Poliomyelitis and the Orthopaedically Disabled"*, l'Institut national canadien des aveugles, la division de l'Ontario de la Croix-Rouge canadienne, et celle de la Société canadienne contre le cancer et l'Association antituberculeuse de l'Ontario.

[2] Voir appendice I, pp. 257-259.

[3] Voir appendice IV, p. 402.

[4] Voir appendice II, p. 327 et appendice III, p. 377.

personnel soit expérimenté[1]. Les infirmières-hygiénistes, les instituteurs et d'autres personnes encore sont donc forcés de s'occuper de ces problèmes le mieux possible, ce qui constitue une perte de temps considérable, compte tenu du travail pour lequel ils ont reçu une formation.

Dans les grandes villes comme Toronto et, dans une certaines mesure à Peterborough, on se plaignait surtout du fait que certains services empiétaient les uns sur les autres, faisaient double emploi dans des régions où l'on en avait besoin ou manquaient dans d'autres, qu'il y avait pénurie de personnel et que la coordination entre les services était insuffisante, quand il s'agissait d'utiliser un personnel spécialisé ou des installations particulières et de donner des soins[2]. Le Grand Toronto a un conseil métropolitain de planification sociale, organisme bénévole qui tente de réunir les organismes publics et bénévoles, les groupes professionnels et les citoyens qui s'y intéressent, afin d'organiser et de coordonner les services. Ce conseil bénéficie de l'aide de spécialistes et dirige des recherches[3]. L'organisme central peut à son tour diviser son activité en différentes zones ou par problème; cela se fait dans le Grand Toronto, au moyen de conseils de quartiers ou de sections spéciales, par exemple, dans le cas de l'hygiène ou de la vieillesse. A Peterborough, au contraire, les chefs de personnel responsables de quelques-uns des organismes publics ou bénévoles se rencontrent de temps en temps, seulement dans des réunions non officielles et surtout mondaines, afin de mieux se connaître. On n'a pas obtenu l'unanimité sur la question d'une organisation plus stricte, grâce à une planification et une coordination volontaires[4].

Presque tous les organismes visités au cours de l'enquête avaient des problèmes financiers. Quelques-uns, comme les associations antituberculeuses de comté en la société pour les enfants infirmes de l'Ontario, ont mis au point de bonnes méthodes pour lever des fonds[5]. Cependant, la plupart de ces organismes ont admis qu'ils avaient besoin de plus d'argent qu'ils n'en disposaient. Les fonds sont obtenus grâce à des campagnes communes de charité et, de plus en plus, grâce à des indemnités globales accordées par la province ou les municipalités; ces dernières subventionnent aussi certains organismes pour qu'ils dispensent divers services spécialisés. Certains organismes demandent des honoraires aux clients qui peuvent les payer. Dans les campagnes communes destinées à recueillir des fonds, il semble qu'il y a une limite au dela de laquelle il paraît difficile d'obtenir plus d'argent du public. Dans certains cas, en effet, certains organismes ont non

---

[1] Voir appendice I, p. 264.

[2] Voir appendice IV, p. 402, et appendice I, pp. 276-277.

[3] Par exemple, l'étude approfondie sur les besoins et les ressources, qu'il a fallu plusieurs années pour achever, grand nombre de comités techniques et consultatifs ainsi que de nombreuses séances pour que son but soit réalisé. "*A study of the Needs and Resources for Community-supported Welfare, Health, and Recreation Services in Metropolitan Toronto.* (*Toronto, Social Planning Council of Metropolitan Toronto*, 1963). Voir appendice IV, p. 402.

[4] Voir appendice I, p. 265.

[5] Les campagnes du timbre de Noël et du timbre de Pâques respectivement. On a même indiqué que que certains organismes collectent peut-être plus d'argent qu'ils n'en ont besoin pour financer leurs services actuels, dans le domaine qui leur est propre.

seulement été incapables d'agrandir les services qui se sont avérés nécessaires mais ils ont dû supprimer certains services[1].

Cette situation permet de se demander quel devrait être le mode de financement – dons ou taxation – quand il s'agit des services qui sont maintenant offerts par des services bénévoles se santé et d'assistance. A notre avis, quand les services sont considérés comme essentiels à l'ensemble de la localité ou à une grande partie de celle-ci, ils devraient être financés à l'aide de fonds publics. Ce sont, par exemple, les services d'infirmières visiteuses, d'aide familiale et d'ambulance. Les organismes publics pourraient dispenser ces services directement ou subventionner des organismes bénévoles existants, à un prix et à des normes de travail acceptables, pour qu'ils dispensent ces services à la collectivité. On pourrait tout de même faire payer par ceux qui en ont les moyens tout ou partie de ce service. Ce changement permettrait aux organismes, dans le domaine de l'orientation en particulier, de venir à bout d'une tâche qui devient toujours plus grande et qu'ils ne peuvent accomplir, pour le moment, faute de personnel et de ressources suffisantes.

Il est souvent difficile de décider si une personne ou une famille en particulier doit s'adresser d'abord au service de la santé, de l'assistance ou de l'orientation sociale, parce que, dans bien des cas, ses problèmes relèvent des trois services. Dans des cas semblables, les problèmes soulevés relèvent de la liaison et des compétences des divers services. On a souvent démontré que l'insuffisance des allocations d'assistance sociale est parfois la cause de troubles de santé dans les familles indigentes ou celles dont les revenus sont peu élevés, puisqu'ils ne peuvent acheter, de remèdes, par exemple, ou payer des soins dentaires préventifs aux enfants, ou des dentiers, des lunettes, des appareils auditifs, etc., aux vieillards. Inversement, le fait de négliger certains soins peut conduire à une certaine dépendance économique. Bien que, dans le cadre de cette étude, il ne soit guère possible d'entrer dans le détail du problème posé, il est évident qu'il importe d'entreprendre immédiatement la critique et la révision complètes des méthodes d'administration actuelles de l'assistance publique et des allocations sociales.

Quelques personnes interrogées ont suggéré de créer des unités chargées à la fois des problèmes de santé et des problèmes d'assistance sociale. Théoriquement, il semble que cette évolution soit souhaitable à long terme. Cependant, son succès dépend des changements de la politique sociale de l'Ontario, sur le plan provincial comme sur le plan local, et de la possibilité de trouver plus de spécialistes. Comme dans le domaine des service de la santé, la première chose à faire est de mettre au point un programme commun pour toute la province et une administration régionale des services d'assistance. On n'est pas certain qu'il soit pratique, en Ontario, de combiner les services de santé et d'assistance en une même administration. Il faudrait étudier la question plus à fond, en tentant l'expérience d'une organisation administrative conjointe dans des régions urbaines et rurales choisies.

---

[1] Par exemple, dans le "*Globe and Mail*" de Toronto du 1er mars 1963, on indique que le fonds de la Campagne commune de charité du Grand Toronto a dû diminuer en 1963, par rapport à celles de 1962, les subventions accordées à seize organismes locaux et à trois sociétés nationales, y compris les quatre associations d'aide familiale, l'Ordre des infirmières de Victoria et la "*Visiting Homemakers Association*". Les résultats se sont déjà fait sentir: réduction du personnel et des services, longue attente avant d'obtenir des conseils d'orientation.

CHAPITRE IV

LA PRINCIPALE RECOMMANDATION — UN RÉGIME ADMINISTRATIF RÉGIONAL POUR LES SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ ORGANISÉS

En raison de l'évolution scientifique, économique et sociale, le régime traditionnel des services communautaires de santé établis et administrés séparément devient de moins en moins approprié. Un concours de circonstances a créé une prolifération rapide de services de santé d'une complexité toujours plus grande. Le chevauchement de services qui en est résulté dans certaines régions, les lacunes dans d'autres, l'utilisation peu économique du personnel spécialisé et de l'équipement complexe entravent la marche vers l'objectif ultime, qui est de fournir un système équilibré de services communautaires de santé qui travaillent efficacement en collaboration. On devrait mettre fin à la planification et à l'administration distinctes des divers services communautaires de santé.

Par conséquent, la principale recommandation est d'établir en Ontario un système administratif régional de tous les services communautaires de santé organisés.

STRUCTURE GÉNÉRALE

L'organisation régionale des services de santé serait amenée par un remaniement et un rassemblement des services communautaires de santé. Aucun ne serait supplanté par un autre, mais tous feraient partie d'un organisme administratif plus considérable.

On propose que les deux éléments principaux soient les hôpitaux et les services d'hygiène publique, et que les autres éléments soient les services organisés de rééducation, d'hygiène mentale, de soins à domicile et de transport par ambulance, et les services de santé pour vieillards[1].

Un tel réseau coordonné de programmes et d'installations essentiels aiderait les médecins et les dentistes à fournir des soins à leurs malades.

Pour délimiter les régions de façon précise, on devra tenir compte des systèmes régionaux, officiels ou non, qui existent déjà pour certains services, ainsi

---

[1] Les propositions particulières relatives aux services et aux programmes sont résumées au chapitre V, pp. 95-112.

que des facteurs d'ordre géographique et démographique. Par conséquent, le territoire et la population desservis varieront d'une région à l'autre. Par exemple, on propose que le grand Toronto constitue à lui seul une région, alors que dans les secteurs surtout ruraux, plusieurs comtés pourraient être groupés en une même région. Il semble évident que les régions du nord de l'Ontario comprendraient un territoire plus vaste et une population moins considérable que ceux du sud de la province.

Un troisième élément important, lorsque les circonstances le permettront, serait constitué par les services gouvernementaux de bien-être social. La structure administrative serait alors celle d'une organisation régionale de la santé et du bien-être social.

Avant de prendre cette mesure supplémentaire, il faudrait apporter des changements importants dans les programmes et les services de bien-être social. Il faudrait également faire une étude détaillée sur la meilleure façon d'adopter ces mesures, afin de s'assurer que ni les services de santé, ni les services de bien-être social ne subiraient aucun préjudice du fait d'être réunis.

ADMINISTRATION

Provinciale

En s'appuyant sur une législation générale qui leur confère des pouvoirs spéciaux, les autorités provinciales de l'hygiène publique et de l'administration hospitalière devraient établir, d'un commun accord, des lignes de conduite générales, des normes souples et uniformes, et décider des programmes essentiels qu'il convient d'organiser. Les particularités des lignes de conduite et du programme locaux seraient du ressort des conseils régionaux.

De plus, nous pensons que le ministère de la Santé et la Commission des services hospitaliers de l'Ontario devraient être fusionnés en un ministère de la Santé et des Services hospitaliers qui relèverait du ministre de la Santé, ou qu'un conseil créé par une législation spéciale et représentant les deux organismes devrait être constitué sous l'autorité du ministre de la Santé, pour remplir les tâches qui incombent au gouvernement provincial.

Régionale

Il est souhaitable d'entretenir l'intérêt local relativement à chaque programme, auquel il convient aussi d'assurer toute l'autonomie compatible avec un service efficace.

Il est par conséquent recommandé que chaque région ait un conseil régional des services de santé, comprenant des représentants des conseils élus des municipalités de la région, des groupements professionnels qui offrent des services de santé, et du public en général.

Les représentants des conseils municipaux pourraient être choisis d'après un système de rotation par les municipalités. Une certaine proportion des représentants des services de santé pourraient être présentés par des organismes comme les sociétés médicales et dentaires locales, et nommés par le ministre de la Santé. D'autres pourraient être nommés directement par le ministre, afin d'assurer la présence de spécialistes expérimentés parmi les membres du Conseil.

Les représentants du public pouraient être proposés par des groupes d'hommes d'affaires, d'ouvriers ou de cultivateurs, des sociétés féminines, des cercles d'éducateurs et des associations privées d'hygiénistes, et nommés par le Ministre. Les membres du Conseil devraient recevoir une indemnité *per diem* convenable pour le temps consacré aux tâches du conseil, en plus du paiement de toutes les dépenses encourues.

Le Conseil régional remplacerait les conseils locaux de la santé et tous les les autres conseils d'organismes officiels, sauf ceux des hôpitaux et autres établissements. Les hôpitaux et établissements locaux continueraient à appartenir au propriétaire actuel, qu'il s'agisse d'un organisme laïque indépendant, d'un organisme religieux ou du gouvernement local, et leurs comités de direction continueraient à s'occuper de ce qui relève directement de l'administration interne de leurs institutions respectives. Cependant, certaines tâches de caractère régional, par exemple les projets d'agrandissement ou de modification, la répartition et l'attribution des diverses sortes de lits, l'acquisition d'appareils et d'installations spécialisés qui doivent servir à toute la région, et l'engagement de spécialistes et de techniciens dont les services seront utilisés en commun, seraient désormais du ressort du Conseil régional. Les questions d'ordre général telles que l'engagement du personnel[1] et le financement[2], sont traitées dans d'autres parties du présent chapitre.

ENGAGEMENT DU PERSONNEL

Administrateurs

L'administration quotidienne demandera des administrateurs qui ont reçu une préparation particulière dans le domaine des services de santé. Il y a actuellement deux catégories de ces spécialistes: ceux qui ont reçu une instruction et une formation spéciales en administration des services de santé, et ceux qui possèdent une instruction et une formation spéciale en administration hospitalière. A l'heure actuelle, leur préparation respective les oriente vers deux genres différents d'administration des services de santé. On recommande donc que, lorsqu'une personne qui possède l'un de ces deux genres de préparation est choisie pour remplir le rôle d'administrateur principal, on lui donne un adjoint qui a reçu l'autre genre de préparation. Leurs connaissances et leur expérience se compléteront par le fait même. A notre avis, s'il se présente un bon candidat qui, outre sa préparation, quelle qu'elle soit, comme administrateur, possède en plus un doctorat en médecine, on devrait lui accorder la préférence et le nommer au poste d'administrateur principal.

---

[1] Voir pp. 89-91.

[2] Voir pp. 91-92.

L'administrateur principal et son adjoint devraient être nommés par le Conseil régional, sous réserve de l'approbation du ministre de la Santé, et être directement responsables, devant le Conseil régional, de l'exécution des tâches assignés au Conseil par la législation et les règlements provinciaux, et de l'accomplissement des autres tâches déterminées par le Conseil.

L'administrateur principal et son adjoint ne devraient pas être renvoyés par le Conseil régional, à moins qu'on puisse fournir des preuves de leur négligence ou de leur incompétence et que ce renvoi ne soit sanctionné par le ministre de la Santé. Si le Ministre croit qu'un administrateur ne remplit pas ses obligations conformément à la législation et aux règlements provinciaux, il peut fournir, au Conseil régional, des détails précis sur la situation et faire toutes les recommandations qu'il désire. Mais le pouvoir de recommander un renvoi au Ministre appartient au Conseil régional.

Il est recommandé que les traitements de base soient fixés et payés par la province, que les dispositions concernant les pensions de retraite soient établis sur une base provinciale, et que ces pensions soient transférables. On aurait ainsi des traitements et des pensions minimums uniformes et satisfaisants. Les Conseils régionaux seraient libres de majorer les traitements selon leurs désirs, avec l'accord des conseils municipaux qui y sont représentés, afin d'attirer des administrateurs le plus compétents possible. Un système de pension provinciale et transférable permettrait au personnel de changer de poste sans perdre ses droits à la pension de retraite, chose qui serait impossible avec des régimes de pension régionaux et distincts.

La qualité de l'administration des services de santé dépend avant tout des aptitudes et de la compétence des administrateurs. A l'avenir, pour avoir le meilleur administrateur possible, on devrait chercher celui qui possède une formation spécialisée dans le vaste domaine de l'administration des services de santé.

Il est recommandé que les gouvernements fédéral et provinciaux accordent leur appui financier à des organismes universitaires comme les écoles d'hygiène, pour l'institution de cours d'administration des services de santé à l'intention de ceux qui travaillent déjà dans l'administration des hôpitaux et des services d'hygiène publique, de même que des nouveaux candidats admissibles.

Autres membres du personnel administratif

On aurait encore besoin des administrateurs d'hôpitaux et des autres administrateurs qui ont suivi les cours libres de l'Association canadiennes des hôpitaux, ou des cours convenables qui ne sont pas des cours universitaires, ainsi que des administrateurs actuels qui ont déjà de l'expérience mais ne possèdent pas de formation spécialisée, pour aider les administrateurs principaux, dans les hôpitaux et les programmes de santé locaux et régionaux. On devrait les encourager à parfaire leur formation professionnelle, en vue d'augmenter leurs connaissances et d'acquérir la compétence nécessaire pour occuper des postes plus élevés.

Il est recommandé de nommer et d'engager d'autres administrateurs suivant le même système que les administrateurs principaux, et de les faire relever directement des administrateurs principaux quant à l'administration de leurs établissements ou de leurs programmes respectifs.

Autres membres du personnel

Il est recommandé que le personnel attaché à des établissements et à des programmes particuliers soit employé et payé directement par ces établissements ou ces programmes, sous réserve de l'approbation générale du budget par le Conseil régional.

Les dispositions relatives au régime de pension devraient être établies suivant un système provincial qui rende les fonds de retraite transférables, de façon que les membres de personnel puissent changer de poste s'ils le désirent. Tout membre du personnel d'un établissement hospitalier ou d'un programme de santé qui a été renvoyé devrait pouvoir interjeter appel au conseil local de l'établissement s'il y en a un, et de toute façon, au Conseil régional, pour décision finale.

Dans les régions rurales de même que dans les régions du nord, il est recommandé, comme nous soulignons au chapitre V, que les services de certains membres du personnel médical et autre soient retenus directement par le Conseil régional, sur la recommandation de l'administrateur principal et sous réserve de l'approbation du ministre de la Santé.

Le nombre et le genre de ces spécialistes varieront suivant les besoins de la région. De plus, ce nombre et ce genre seront modifiés à mesure qu'il y aura, dans une région, assez de personnes compétentes qui pratiqueront leur spécialité à titre indépendant. Leurs services seront offerts aux médecins indépendants, de même qu'aux établissements hospitaliers et aux programmes de santé dirigés directement par le Conseil régional. Sous réserve des minimums établis par la province, les honoraires seront fixés par le Conseil régional suivant les normes acceptées par ce dernier et le consultant intéressé. Les dispositions du régime de retraite devront avoir une portée provinciale et être transférables.

Il est également recommandé, ainsi que nous le mentionnerons au chapitre V[1]*, que dans les régions dépourvues des services dentaires essentiels, on établisse un programme de services dentaires suivant un système semblable.*

FINANCEMENT

Sauf dans le cas des grandes régions urbaines, les établissements hospitaliers et les programmes autres que ceux qui relèvent du régime d'assurance-hospitalisation de l'Ontario devraient être financés dans la proportion de 70 p. 100 par la Province et de 30 p. 100 par les divers Conseils régionaux.

---

[1] Voir pp. 106-108.

Les revenus directs d'un Conseil régional proviendraient en grande partie d'une répartition équitable des frais entre les conseils municipaux qui en font partie. Ils pourraient venir, dans une certaine mesure, des honoraires directs qu'un Conseil régional déciderait d'exiger pour certains services. Il faudrait établir ces honoraires directs de façon à ne pas empêcher le public de recourir aux services dont il a besoin, et à tenir compte, quand il y aurait recours, de la situation financière de chaque personne. Avant de décider de demander des honoraires et d'en fixer le montant, il faudrait aussi obtenir l'approbation du ministre de la Santé.

Pour une région qui ne comprend qu'une seule grande ville ou dont la population est surtout urbaine, il est recommandé que la Province partage les frais avec le Conseil régional dans une proportion de 60 contre 40 p. 100.

Les hôpitaux continueraient à être financés comme actuellement, sauf que les budgets seraient présentés pour approbation par l'entremise des conseils régionaux, et que toutes les subventions provinciales seraient versées par l'entremise de ces conseils.

Il est, de plus, recommandé que le gouvernement fédéral mette à la disposition des provinces une subvention générale, pour couvrir la moitié des frais d'administration de leurs programmes régionaux approuvés par entente mutuelle entre le gouvernement fédéral et chaque province, mais à l'exclusion des frais payés en vertu d'ententes avec les régimes d'assurance contre les frais de diagnostic et d'hospitalisation, ou en vertu du Programme national de subventions à l'hygiène pour des fins déterminées.

RAPPORTS GÉNÉRAUX AVEC LES ORGANISMES DE SANTÉ PRIVÉS

Lorsqu'un organisme de santé privé assure un service de santé direct que l'on considère comme un service communautaire essentiel, il est recommandé que le Conseil régional prenne cet organisme en main comme une fonction publique directe ou achète ses services à un prix et à des conditions que ce même Conseil juge acceptables, et cela, selon l'importance du service de l'organisme privé existant et la décision des autorités locales.

Là où ces services essentiels n'existent pas ou n'en sont qu'au stade rudimentaire, ils devraient être établis par le Conseil régional, en autant qu'on peut avoir le personnel et les installations nécessaires, ou l'on devrait conclure des ententes, au point de vue financier, avec un organisme privé pour établir ces services suivant des normes acceptables.

RAPPORTS GÉNÉRAUX AVEC LES SERVICES GOUVERNEMENTAUX DE BIEN-ÊTRE SOCIAL

Il est très important que ces rapports soient étroits, étant donné que beaucoup de services ont trait à la fois à la santé et au bien-être social.

Ainsi que nous l'avons souligné précédemment[1], on propose l'établissement d'une organisation régionale conjointe de santé et de bien-être social, à titre de programme à long terme.

Ce programme dépendra d'une révision préalable des normes et des effectifs actuels des services de bien-être social de l'Ontario, car présentement, dans cette province, les programmes municipaux de bien-être social sont en général moins développés que les services de santé et d'hospitalisation.

[1] Voir p. 87.

CHAPITRE V

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS FAITES AU SUJET DES DIVERS SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ ORGANISÉS

SERVICES LOCAUX D'HYGIÈNE PUBLIQUE[1]

Organisation

1. Des services régionaux d'hygiène publique fonctionnant à temps complet devraient exister dans toute la province. C'est la législature provinciale qui doit assurer l'établissement de ces services dans les régions où ils ne fonctionnent pas encore à temps complet. Dans les régions très isolées, la Province devrait fournir directement les services permanents d'infirmières-hygiénistes, de même que ceux d'un médecin-hygiéniste. On recommande une organisation régionale des services de santé qui réunirait et coordonnerait toutes les ressources et tous les services communautaires de santé organisés, y compris les services d'hygiène publique, comme nous l'avons souligné au chapitre IV[2].

Financement

2. La formule actuelle d'aide provinciale aux services locaux d'hygiène publique devrait être revisée, de façon à aider les services municipaux aussi bien que ceux des unités sanitaires. On considérerait comme raisonnable un accord en vertu duquel la Province paierait environ 70 p. 100 des frais, alors que les autres 30 p. 100 seraient payés par les localités, dans les régions rurales et semi-urbaines. Dans les régions urbaines, la Province paierait environ 60 p. 100 des frais, alors que la région en paierait 40 p. 100[3].

3. Les traitements des médecins-hygiénistes, des infirmières-hygiénistes et des autres personnes attachées aux services d'hygiène publique devraient être revisés régulièrement, de sorte qu'ils soient comparables à ceux des médecins, des divers spécialistes et des techniciens qui travaillent dans d'autres domaines.

4. Les niveaux des salaires de base et les dispositions ordinaires qui concernent la caisse de retraite du personnel devraient être établis par la Province.

---

[1] Pour une analyse détaillée des services d'hygiène publique, voir chapitre I, pp. 13-38.

[2] Voir chapitre IV, pp. 87-93.

[3] Voir chapitre IV, pp. 91–92.

Ces frais devraient être payés grâce à l'affectation à cette fin d'une partie des subventions que la Province accorde à chaque conseil régional des services de santé. Des paiements régionaux de salaires supplémentaires et des augmentations pourraient être accordés. Les membres du personnel pourraient ainsi plus facilement changer d'emploi que sous le mode actuel d'administration, parce que leur traitement et leurs droits à la caisse de retraite seraient assurés.

Personnel et fonctions générales

5. Les fonctions du médecin-hygiéniste devraient être, en premier lieu, celles d'un administrateur médical capable d'organiser, d'administrer, de coordonner et d'évaluer les services. En second lieu, il devrait faire fonction de consultant et de spécialiste local en épidémiologie et en recherche sur la santé communautaire, non seulement pour les maladies contagieuses, mais pour les nouveaux problèmes de santé publique tels que le cancer, les troubles cardiaques et les maladies chroniques en général. Il devrait contribuer à assurer de bons services communautaires de soins à domicile, de soins aux vieillards, de prévention des accidents, de rééducation, d'hygiène mentale et de planification des familles, pour ne mentionner que quelques-uns des problèmes communautaires les plus importants dans le domaine de la santé publique, à l'heure actuelle.

6. Les soins médicaux devraient, autant que possible, être donnés par des médecins cliniciens aidés du personnel des services d'hygiène, et en particulier des infirmières-hygiénistes. Toutefois, il faudrait tenir compte du fait que certains services de prophylaxie comme l'immunisation et le dépistage polyphasé pourraient peut-être être fournis d'une façon plus efficace par un organisme communautaire.

7. Les cours donnés aux étudiants en médecine devraient comporter une initiation à la sociologie, à la psychologie, à la statistique et à l'économie, qui sont des sciences de base nécessaires pour comprendre le travail des services communautaires de santé et qui préparent à l'hygiène publique et à la médecine sociale.

8. Les infirmières-hygiénistes devraient fournir des services préventifs, enseigner l'hygiène et visiter à domicile les malades alités[1].

9. Il faudrait davantage s'efforcer d'utiliser les services d'aides-infirmières et de commis de bureau, de façon à tirer tout le profit possible de ceux des infirmières professionnelles.

10. De plus, on devrait songer davantage à employer des infirmières mariées et des infirmières qui peuvent travailler à temps partiel.

11. Il est nécessaire d'apporter d'autres éclaircissements au sujet des fonctions, et partant, des normes d'enseignement et de formation pour les inspecteurs sanitaires.

---

[1] Voir aussi recommandation 33, p. 100.

12. On recommande l'établissement de cours qui seraient donnés sous les auspices des institutions d'enseignement, en collaboration avec le service de Santé de l'Ontario et les Associations canadiennes pour la santé publique. Tel a été le cas au *Ryerson Polytechnical Institute*. Ces cours constitueraient un bon moyen d'établir de meilleures normes de sélection et de formation, et d'assurer aux inspecteurs sanitaires le prestige dont ils se jugent privés, à l'heure actuelle.

13. Un système administratif régional plus vaste que ceux que beaucoup de services municipaux de santé et d'unités sanitaires fournissent s'impose, si l'on veut obtenir et utiliser le mieux possible les services des trop rares spécialistes tels que les dentistes-hygiénistes, les vétérinaires-hygiénistes, les éducateurs en hygiène, les travailleurs socio-médicaux et les psychiatres[1].

Programmes

Lutte contre les maladies contagieuses en général

14. Les rapports sur les maladies contagieuses faits par les médecins devraient se limiter aux maladies contagieuses graves. Lorsqu'on aura besoin de renseignements au sujet de la fréquence des cas d'autres maladies contagieuses ou du degré d'immunité dans un endroit donné, on pourra faire des enquêtes ordinaires et des études de sérologie sur des groupes témoins. On devrait apporter une plus grande attention aux rapports et aux études épidémiologiques sur les nouveaux problèmes de santé publique tels que les troubles cardiaques, le cancer, les maladies qui entraînent l'invalidité, et les accidents.

15. En général, les médecins de famille devraient fournir les soins préventifs. Néanmoins, certains services personnels de prophylaxie, par exemple l'immunisation, pourraient peut-être être fournis de manière plus efficace, dans plusieurs cas, par un organisme communautaire.

Lutte antituberculeuse

16. On recommande d'instituer dans toutes les localités des programmes complets de dépistage et de contrôle de la tuberculose, de même que des services post-hospitaliers pour les anciens tuberculeux.

Lutte contre les maladies vénériennes

17. On devrait renseigner davantage les médecins sur l'importance de signaler les cas de maladies vénériennes et d'obtenir des renseignements au sujet des personnes avec lesquels les malades ont eu des contacts sexuels.

Salubrité du milieu

18. Il y a lieu de faire une révision continue de la législation actuelle relative à l'assainissement du milieu, de façon que les normes et les exigences

---

[1] Voir chapitre IV, pp. 87-93.

soient établies en fonction des formules modernes et que l'on puisse prévenir les nouveaux dangers du milieu ambiant. Il est nécessaire que les normes puissent être interprétées de façon précise et être mises en vigueur de la même manière dans toute la province.

Bien que les aspects techniques de certains programmes essentiels d'assainissement du milieu, comme ceux qui concernent la pureté de l'eau, les systèmes d'égout, l'enlèvement des ordures ménagères et la qualité du lait et de la viande, relèvent, soit en partie soit entièrement, de services autres que les services d'hygiène,la surveillance au point de vue hygiénique et la lutte préventive devraient continuer de relever de ces services.

19. Il y a encore trop de petites localités où, à l'heure actuelle, les services essentiels relatifs à l'assainissement du milieu ne sont pas satisfaisants. Ces situations devraient être corrigées aussi rapidement que possible, car elles constituent un danger réel pour la santé publique.

Hygiène maternelle et infantile

20. Une copie de l'avis de naissance devrait être envoyée automatiquement par les officiers locaux de l'état civil au service de santé de la municipalité où réside habituellement la mère.

21. Les infirmières-hygiénistes devraient avoir la permission de visiter dans les hôpitaux les femmes qui viennent d'accoucher, de façon à éviter des visites inutiles à domicile.

22. Là où se sont établis des groupes médicaux, on recommande que le service de santé envoie ses infirmières-hygiénistes seconder les groupes, d'après un horaire déterminé pour chacun, afin de les aider à donner les soins prénataux et post-natuax, de même que les soins aux bébés bien portants de leurs clientes, y compris l'immunisation et au besoin, les visites à domicile.

23. Les médecins qui exercent seuls ou en petites associations devraient être encouragés à se servir des installations du bureau et des centres du service d'hygiène, de même que des services des infirmières-hygiénistes, selon un horaire déterminé, pour fournir des services d'hygiène maternelle et infantile.

24. Il serait nécessaire d'avoir certaines dispositions d'ordre économique, adoptées soit par des organismes gouvernementaux, soit par des organismes privés, pour payer les médecins, de façon que chacun puisse recourir à un médecin de son choix pour obtenir des services d'hygiène maternelle et infantile. Des honoraires fixes assurés aux médecins pour les visites prénatales ou post-natales, de même que pour les examens aux bébés bien portants et aux enfants d'âge préscolaire, encourageraient les parents à demander ces soins et les médecins à exercer une surveillance adéquate.

25. Dans les régions rurales et dans les régions du nord, où les services de consultants en obstétrique et en pédiatrie sont soit difficiles à obtenir, soit

inexistants, une organisation régionale des services de santé permettrait d'engager ces consultants[1],[2].

Service d'hygiène scolaire

26. Les examens physiques réguliers pour les enfants d'âge préscolaire ou scolaire, comme on tend de plus en plus à en faire dans la plupart des régions, devraient être faits par le médecin de famille, si possible. Il faudrait des mesures quelconques d'ordre financier, adoptées par un organisme gouvernemental ou privé, pour que tous les parents puissent obtenir pour leurs enfants les examens et, au besoin, les soins nécessaires.

27. Les programmes scolaires du service de santé devraient, comme c'est le cas dans la plupart des régions, comprendre des méthodes de dépistage collectif, dépistage à la suite duquel on dirigerait les enfants, par l'entremise de leurs parents, vers les médecins de famille pour des examens et des soins plus poussés, si la chose est nécessaire.

28. Les injections de rappel données systématiquement par les services d'hygiène scolaire devraient être continuées, car elles constituent une façon utile et économique d'assurer chez les enfants un haut degré d'immunité contre les maladies pour lesquelles il existe des immunisants spécifiques. Cette manière de procéder n'empêcherait pas le médecin de famille de donner des doses de rappel aux enfants qu'il suit, s'il le juge à propos ou si les parents le désirent.

29. Il faudrait étudier la possibilité d'utiliser davantage les services d'auxiliaires dans le domaine infirmier, par exemple ceux des aides-infirmières autorisées, lorsqu'il s'agit de certaines tâches simples et ordinaires de dépistage collectif.

30. Il n'est pas pratique d'avoir une infirmière-hygiéniste ou une infirmière autorisée à plein temps dans chaque école, pour donner les premiers soins et traiter les blessures bénignes. Il est recommandé de s'entendre avec les médecins et les hôpitaux locaux, pour les cas où il faut des soins plus importants et pour les événements sportifs. On devrait enseigner aux instituteurs à donner les premiers soins et les petits traitements, et leur permettre de le faire pendant les heures de classe.

31. Des services complets d'hygiène mentale, de même que des services de consultation sur l'hygiène en général, devraient être fournis dans toutes les écoles par les infirmières-hygiénistes, en collaboration avec les autres services locaux d'hygiène mentale.

32. On devrait aussi établir, dans toutes les écoles, des programmes d'hygiène dentaire avec examens réguliers et enseignement de l'hygiène dentaire aux enfants, et conseiller aux parents de conduire ces derniers chez leur dentiste de

---

[1] Voir le chapitre IV, pp. 87-93.

[2] Voir aussi les recommandations sous la rubrique "Services hospitaliers de caractère local" dans le présent chapitre, pp. 101-102.

famille, lorsque la chose se révélerait nécessaire. A moins qu'il n'en ait été décidé autrement par les autorités locales, les traitements donnés par le service dentaire dans les écoles ne devraient être accordés qu'aux enfants de familles pauvres.

Infirmières-hygiénistes

33. Le ministère de la Santé devrait fournir un service général d'infirmières, y compris les soins à domicile, dans toutes les régions rurales et les petites villes. Dans les grandes villes, où les infirmières de l'Ordre de Victoria et d'autres organismes privés ont des programmes complets, le double emploi et le chevauchement des services devraient être éliminés par le fusionnement des organismes privés avec les services de santé locaux, si on peut en arriver à une entente à cet effet. Sinon, les services de santé pourraient payer les organismes privés pour fournir certains soins déterminés. Avec cette dernière formule, les membres d'une association privée d'infirmières visiteuses pourraient, comme les infirmières-hygiénistes, ou être affectées à certains districts où elles fourniraient tous les services, ou ne soigner que les malades alités de toute la localité. Le service des infirmières visiteuses est un service public essentiel et devrait recevoir une aide déterminée, fournie à même les deniers publics; il ne devrait pas être obligé de compter, même en partie, sur les revenus incertains des campagnes de souscription. Cette formule n'empêcherait pas un système flexible d'honoraires qui contribueraient à financer partiellement, le service, là où l'on jugerait souhaitable d'établir un système de ce genre.

Nouveaux problèmes dans le domaine de la santé publique

34. Les services de santé publique devraient établir des programmes pour faire face aux nouveaux problèmes communautaires que créent les maladies chroniques, le soin des vieillards, les soins à domicile, l'hygiène mentale, la rééducation, les dépistages collectifs et polyphasés, la prévention des accidents et la planification des familles. Les services d'éducation du public en matière d'hygiène devraient être étendus. Les fonctions de liaison entre les divers services communautaires devraient être développées davantage.

Rapports avec les autres services

35. Dans les régions rurales et semi-rurales, un moyen pratique de favoriser des rapports plus étroits consiste à réserver des locaux pour les services de santé dans l'hôpital principal, et pour les services d'infirmières-hygiénistes dans les autres hôpitaux régionaux. Les deux parties devraient tracer ensemble un plan pour partager les mêmes immeubles, en se réservant respectivement l'espace nécessaire à leur expansion future.

Dans les villes, il ne serait pas pratique, en règle générale, de les réunir sous le même toit. Cependant, il devrait y avoir dans chaque hôpital des bureaux et des services d'infirmières-hygiénistes, afin de faciliter les relations entre les services de l'hôpital et les services communautaires.

36. Le médecin-hygiéniste devrait être médecin honoraire de chaque hôpital. Il devrait assister aux réunions de l'ensemble du personnel et faire partie de tout comité spécial où sa formation et son expérience seraient utiles, par exemple, un comité de prévention des infections.

SERVICES HOSPITALIERS DE CARACTÈRE LOCAL[1]

Médecins et services médicaux

37. On propose un système régional de services de santé organisés, comme moyen d'attirer un plus grand nombre de spécialistes appartenant à des catégories particulières, par exemple des radiologues, des médecins biologistes, des orthopédistes, des psychiatres, des ophtalmologues, des oto-rhino-laryngologistes, des urologues et des dermatologistes, dans les régions rurales et semi-urbaines. Ces spécialistes desserviraient tous les hôpitaux et seraient à la disposition des omnipraticiens. Ils pourraient ainsi être assurés d'un travail et de revenus suffisants. Selon les circonstances locales, leur traitement pourrait consister soit en un simple salaire, soit en honoraires fixes pour chaque consultation, avec ou sans salaire de base. Ils travailleraient à l'hôpital principal de la région, où se trouveraient tous les appareils spéciaux, les installations et le personnel auxiliaire. Dans les cas d'urgence, et d'ordinaire dans le cas du médecin biologiste et du radiologue, ils assureraient des services dans les autres hôpitaux régionaux.

38. L'exercice médical en groupe, comme moyen d'attirer plus de spécialistes appartenant aux catégories essentielles, par exemple des internistes, des chirurgiens généraux, des gynécologues-obstétriciens et des pédiatres, devrait être encouragé au moyen de prêts à long terme du gouvernement provincial et des organismes privés pour financer les installations.

39. Dans les endroits isolés où la population est clairsemée, on devrait retenir les services de spécialistes appartenant aux catégories essentielles, selon la formule exposée au paragraphe 37 pour les spécialistes qui font partie de catégories plus rares.

40. Dans les localités du nord où la population est clairsemée et où les circonstances rendent impossible ou difficile, au point de vue économique, l'installation d'omnipraticiens, il est recommandé que l'organisation régionale des services de santé engage des omnipraticiens à raison d'un traitement de base, avec peut-être le privilège de percevoir des honoraires lorsque les conditions locales le permettent.

41. Dans les régions du nord et les régions rurales, on recommande aussi d'assurer aux médecins, en plus de revenus réguliers et suffisants, des installations hospitalières satisfaisantes, des services et du personnel auxiliaires, des dispositions raisonnables pour diriger les malades vers des spécialistes, de même qu'un logement convenable.

---

[1] On trouvera au chapitre II, pp. 39-62, une analyse détaillée des services hospitaliers de caractère local.

42. Le programme de bourses du ministère de la Santé de l'Ontario, aux termes duquel les étudiants en médecine reçoivent une aide financière pour leur formation et fournissent en retour leurs services dans une région rurale pendant une certaine période, après avoir reçu leur licence, est excellent; mais il reste à voir s'il contribuera notablement au recrutement d'omnipraticiens pour les régions rurales autres que celles dont la population est relativement considérable et à l'aise.

43. Il est nécessaire d'accorder une plus grande attention à l'enseignement primaire et secondaire, pour s'assurer qu'un plus grand nombre d'élèves venant de régions rurales et de petites villes puissent recevoir une meilleure préparation en sciences et en mathématiques, et ainsi, acquérir la compétence nécessaire pour embrasser des carrières comme la médecine. On devrait faire davantage pour encourager un plus grand nombre d'étudiants venant de ces régions à terminer leurs cours secondaire. Il faut une aide financière plus grande de la part du gouvernement fédéral et de la Province pour permettre aux diplômés compétents de poursuivre leurs études et leur formation.

Infirmières autorisées et personnel infirmier auxiliaire

44. Il est recommandé qu'on songe à confier plus de travail au personnel infirmier auxiliaire et aux employés de bureau, de façon à utiliser le plus profitablement possible le temps des infirmières professionnelles.

45. Les hôpitaux devraient fournir les infirmières nécessaires dans les chambres privées aussi bien que dans les salles, de façon à éliminer en grande partie le service d'infirmières privées. Les infirmières privées passent souvent une grande partie de leur temps à faire des travaux étrangers à leur profession.

46. On pourrait en arriver à épargner le temps des infirmières professionnelles, en songeant davantage à l'emploi de mesures comme, par exemple, les soins progressifs au malade.

47. Les salaires des infirmières autorisées, avec augmentations pour celles qui ont reçu une formation post-universitaire, doivent être portés à un niveau comparable à celui des salaires que l'on paie dans les autres occupations spécialisées.

48. On devrait accorder plus d'attention à la possibilité d'employer des infirmières mariées, même à temps partiel, comme on le fait dans certains hôpitaux.

49. Les cours semblables à ceux que donne la *Registered Nurses Association* de l'Ontario pour aider les infirmières diplômées depuis quelques années à rafraîchir leurs connaissances, devraient recevoir des subventions de la Province selon un système régional.

50. L'encouragement à faire des études primaires et secondaires, dont nous avons parlé ci-dessus, est également important pour le recrutement futur des infirmières[1].

[1] Voir recommandation 43.

51. L'institution de nouvelles écoles indépendantes d'infirmières, du genre de la *Nightingale School* de Toronto, devrait être encouragée. Il faudrait étudier davantage les moyens d'améliorer le programme théorique des cours et de faire en sorte que les hôpitaux comptent moins sur les services des élèves-infirmières.

52. Les cours universitaires devraient continuer à assurer le perfectionnement de celles qui ont reçu la nécessaire formation préalable et qui songent à s'orienter vers une spécialité comme l'enseignement, la recherche, l'administration et l'hygiène publique.

53. Les écoles d'infirmières des petits hôpitaux et des hôpitaux d'importance moyenne devraient être supprimées et remplacées par des écoles régionales. Ces écoles pourraient plus facilement obtenir des professeurs compétents et de bonnes surveillantes du travail clinique, et donner des cours qui répondent à des normes universitaires acceptables. L'expérience pratique continuerait d'être acquise dans les hôpitaux régionaux. Des professeurs spéciaux pourraient donner des cours dans plusieurs écoles de ce genre, en groupant ces cours dans une même période. L'expérience pratique spéciale pourrait être acquise de la même façon à l'hôpital principal de la région, ainsi qu'à l'hôpital psychiatrique et au sanatorium les plus rapprochés.

54. On devrait faire une autre étude des moyens à prendre pour attirer plus d'hommes vers la carrière d'infirmier.

55. Les cours pour les aides-infirmières autorisées qui se donnent dans les petits hôpitaux et les hôpitaux moyens, devraient être abolis et remplacés par des cours régionaux. On pourrait ainsi plus facilement obtenir des professeurs compétents pour ces cours. Comme beaucoup d'étudiantes qui suivent ces cours sont des femmes mariées qui hésitent à s'absenter de leur foyer ou ne peuvent le faire pour de longues périodes, on devrait leur permettre d'acquérir le plus d'expérience pratique possible, sous une surveillance appropriée, dans des hôpitaux locaux. L'enseignement théorique spéciale et les autres cours pourraient être donnés dans un centre régional, peut-être à l'hôpital principal, à raison de quelques jours par mois et avec de courtes périodes d'internat au début et à la fin de la série de cours.

56. Cependant, il est aussi nécessaire d'accorder plus d'attention au genre de formation requise. Le cours devrait tenir compte des fonctions particulières qu'auront à remplir les aides-infirmières. Les salaires devront aussi pouvoir se comparer avec ceux que l'on paie pour des occupations qui supposent une formation comparable à celle de ces aides.

Autre personnel spécialisé

57. Il est recommandé, pour les régions rurales et semi-urbaines, de retenir pour toute la région les services de physiothérapeutes, de diététiciennes diplômées, d'ergothérapeutes, de pharmaciens d'hôpital et de travailleurs médico-sociaux. Ces spécialistes pourraient desservir non seulement les hôpitaux, mais

aussi les autres établissements, et s'occuper des divers programmes de santé. Ils auraient ainsi assez de travail pour justifier leur emploi, du point de vue économique. La variété plus grande du travail contribuerait aussi à attirer du personnel qui, peut-être, hésite actuellement à accepter certains postes.

58. Commes les inscriptions à certains cours actuel d'économie domestique, de travail social et de pharmacie ne sont pas assez nombreuses, les suggestions visant à encourager les études primaires et secondaires qu'on a faites par rapport au recrutement des étudiants en médecine valent aussi pour ces domaines[1].

59. Grâce à un système régional de services hospitaliers, il pourrait y avoir des postes plus nombreux pour les internes surveillés et payés, en pharmacie d'hôpital.

60. Il est recommandé de donner des cours supplémentaires aux physiothérapeutes et aux ergothérapeutes dans les universités et les instituts de technologie.

61. Les cours donnés aux étudiants en médecine et aux médecins des hôpitaux devraient davantage les préparer à comprendre les fonctions de leurs collègues des professions paramédicales et techniques, afin qu'ils ne laissent pas ces derniers assumer la responsabilité de prescrire un traitement, responsabilité qui incombe exclusivement au médecin.

62. Les salaires, sauf pour les pharmaciens d'hôpital, sont généralement comparables à ceux que l'on paie dans d'autres genres d'emplois, pour ce personnel spécialisé. Les échelles de revenus devraient être revisées périodiquement, afin qu'elles demeurent adéquates.

Administrateurs d'hôpital

63. Un système régional de services hospitaliers permettrait d'employer, pour une région, un administrateur principal d'hôpital qui possède la compétence et la formation universitaire voulues. Les diplômés de cours universitaires libres pourraient être employés comme administrateur dans les grands hôpitaux, dans des groupes d'hôpitaux, ou en certains cas, en qualité d'administrateurs principaux pour les hôpitaux d'une région entière. Les administrateurs locaux ayant une formation moins poussée pourraient être employés dans les petits hôpitaux d'une région , surtout si les services de comptabilité, d'achat, de buandrie, et d'autres services étaient centralisés. Il est recommandé d'instituer de nouveaux cours pour les administrateurs de petits hôpitaux, comme on en donne à l'Université de la Saskatchewan.

Autres membres du personnel

64. Sous une organisation régionale, ou pourrait établir dans chaque région des services meilleurs et mieux surveillés de laboratoire, de radiographie et d'archives médicales. Des archivistes médicaux diplômés et compétents, des

---

[1] Ibid.

techniciens en radiologie et des techniciens en biologie médicale pourraient rendre les plus précieux services dans tous les hôpitaux d'une région.

Propositions générales au sujet du personnel

65. Les divers groupes de spécialistes et de techniciens compétents devraient étudier sérieusement le moyen d'utiliser davantage, sous surveillance sérieuse, les services d'auxiliaires possédant une formation moins poussée. On ne devrait pas laisser les principes inutilement restrictifs des associations techniques et professionnelles gêner l'utilisation raisonnable des services d'auxiliaires convenablement surveillés.

66. L'institution de cours pour certains auxiliaires, par exemple les surveillantes du service alimentaire et les aides-ergothérapeutes, et de cours moins longs pour d'autres, comme les aides-techniciens en chirurgie et les infirmiers, par l'*Ontario Hospital Association* et par certains hôpitaux, est digne de louanges. Ces cours sont très utiles comme expérience témoins. Mais la prolifération des catégories d'employés et des cours institués par de nombreux organismes différents peut mener, si ce n'est déjà fait, à une situation confuse et désordonnée dans les normes d'admission, dans le programme et dans l'objet des cours. Toute la question de la formation et de l'emploi de techniciens et d'aides dans les hôpitaux et les services d'hygiène doit être éclaircie au plus tôt par tous les groupements professionnels et techniques intéressés et par les autorités provinciales de la Santé, des hôpitaux et de l'éducation, si l'on veut établir des normes communes acceptables en matière de formation et d'enseignement et arriver à résoudre les problèmes de personnel.

67. Bien que nous louions le travail des organismes professionnels, techniques et gouvernementaux qui ont institué des programmes de formation, nous croyons que, dans certains cas, on a accordé une importance exagérée à la formation par la pratique, et cela au détriment des normes universitaires. L'institution de cours, en collaboration avec des institutions universitaires comme le *Ryerson Polytechnical Institute*, est un mouvement qui mérite d'être encouragé. En général, nous croyons que les associations professionnelles et techniques devraient chercher à assurer un programme officiel de cours réguliers et de cours libres plus longs, qui seraient donnés par des institutions universitaires. Ces associations devraient offrir leurs cours seulement à titre d'expériences témoins. D'un autre côté, il semble que les associations professionnelles et techniques aient un rôle bien défini à jouer en offrant des cours de courte durée, des cours donnés sur les lieux mêmes où travaillent les élèves et des cours de perfectionnement aux professionnels, aux techniciens et aux aides.

Organisation et administration

68. Les services de soins à domicile et les foyers pour convalescents et malades chroniques, qui réduisent les demandes d'admission dans les hôpitaux, devraient être compris dans le régime d'assurance-hospitalisation de l'Ontario ou dans un autre régime d'assurance.

69. Chaque grande ville et région devrait avoir un registre central pour l'affectation des lits dans tous les hôpitaux et les services connexes, afin d'assurer l'usage le plus efficace possible de ses lits et de faciliter le transfer des malades d'un service ou d'un hôpital à un autre.

70. Chaque hôpital devrait avoir un bureau central pour l'affectation des lits, de façon que tous les lits disponibles soient utilisés, plutôt que de répartir ses lits en services ou en étages spécialisés.

71. Un régime régional d'organisation hospitalière permettrait de faire des économies grâce aux achats en groupes et aux services de comptabilité, de buandrie, etc., qu'on pourrait facilement centraliser. Il serait ainsi plus facile d'obtenir des spécialistes, des techniciens et des administrateurs compétents. Cette formule contribuerait à la coordination des services hospitaliers et permettrait d'obtenir un meilleur rendement d'un personnel et d'installations encore trop peu nombreux.

Dans les régions rurales et semi-urbaines, on pourrait organiser un hôpital de façon à en faire l'hôpital principal, où l'on trouverait un personnel de spécialistes et l'équipement qui leur est nécessaire. Les autres hôpitaux accepteraient les cas d'urgence, mais n'auraient que des services de médecine générale, d'obstétrique et de soins pour malades chroniques. Les petits hôpitaux privés, qui se font concurrence et sont souvent situés à quelques milles seulement les uns des autres, n'ont plus leur raison d'être, car économiquement parlant, ils ne sont pas pratiques et la qualité de leurs services laisse souvent à désirer.

Dans les grandes villes, outre les grands hôpitaux centraux et spécialisés qui desservent plusieurs régions ou une province entière, il faut d'autres grands hôpitaux généraux avec un personnel et des installations spécialisés, pour desservir la population de la région environnante.

72. Afin de faciliter la planification la plus sage et l'utilisation la plus rationnelle possibles de toutes les ressources et de tous les services de santé communautaires organisés, on recommande une organisation régionale des services de santé qui grouperait et coordonnerait tous ces services, y compris les services hospitaliers, comme nous l'avons signalé au chapitre IV[1].

AUTRES SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES ORGANISÉS

Services dentaires dans les localités rurales et dans les petites villes[2,3]

73. On devrait établir, en vertu de l'organisation régionale des services de santé dont nous avons proposé la création, un service dentaire rétribué, destiné à

[1] Voir pp. 87-93.

[2] On trouvera au chapitre III, pp. 63-66, une analyse détaillée des services au sujet desquels nous faisons des recommandations sous cette rubrique.

[3] Les services dentaires scolaires ont été étudiés dans la recommandation 32, p. 99.

intéresser les nouveaux dentistes à travailler pendant quelque temps dans les régions rurales et septentrionales[1]. Le dentiste devrait avoir un bureau fourni par la région dans un hôpital, ou, dans le grand nord, dans un wagon de chemin de fer. Il devrait recevoir un salaire équitable. Dans les régions qui comptent quelques dentistes indépendants mais où ceux-ci sont en nombre insuffisant, son travail pourrait se limiter au traitement des personnes au revenu peu élevé. Il faudrait qu'il puisse consulter, sans trop de difficulté, des dentistes d'expérience qui lui rendraient visite périodiquement pour l'aider à traiter les cas difficiles. On pourrait retenir ces dentistes dans une région en leur offrant un salaire convenable, ou un salaire de base plus le privilège de toucher des honoraires en certains cas, ainsi que nous avons recommandé de le faire pour les médecins spécialistes[2]. On devrait assurer au dentiste un logement convenable, soit contigu à son bureau, soit dans le voisinage. L'offre de bourse d'études post-universitaires aux jeunes dentistes qui ont donné deux ans ou plus de service dans le cadre de ce programme constituerait un moyen d'intensifier le recrutement.

74. Les localités rurales et les petites villes désireuses d'attirer un dentiste indépendant devraient aussi lui assurer un bureau et un logement convenables à prix raisonnable.

75. Il faut un plus grand nombre de dentistes. Il faut aussi une aide financière plus considérable de la part du gouvernement fédéral et du gouvernement provincial, pour améliorer les installations des écoles d'art dentaire et créer des bourse d'études.

76. Comme nous l'avons mentionné dans le cas des médecins et des autres travailleurs spécialisés et techniciens des services de santé[3], il faudrait de meilleurs professeurs et des écoles mieux aménagées, aux niveaux primaire et secondaire, dans les localités rurales et les petites villes. A moins qu'un plus grand nombre de jeunes gens bien préparés ne continuent leurs études, le recrutement futur pour ces régions, non seulement dans le domaine de l'art dentaire mais dans tous les domaines spécialisés, sera vraisemblablement limité.

77. Étant donné que les difficultés d'ordre économique peuvent constituer des obstacles sérieux, on propose de faire une étude approfondie des moyens qui permettraient aux étudiants des localités rurales et des petites villes de s'instruire davantage.

78. Il faudrait aussi étudier attentivement la possibilité d'utiliser davantage les services d'auxiliaires, dans le domaine de l'art dentaire.

79. L'hôpital principal de chaque région devrait avoir des services et des lits pour les personnes atteintes de paralysie cérébrale, les arriérés mentaux, les cardiaques avancés et les hémophiles, qui ont besoin de surveillance médicale ou d'anesthésie générale pour recevoir des soins dentaires.

---

[1] Voir chapitre IV, pp. 87-93.

[2] Voir recommandation 37, p. 101.

[3] Voir recommandation 43, p. 102.

80. Tout le système organisé pour payer les frais des soins aux personnes qui bénéficient de l'assistance publique et à celles qui reçoivent des allocations de diverses catégories devrait être modifié de façon à fournir un éventail complet de traitements préventifs et de réparations dentaires, y compris la pose des dentiers. Il faudrait abandonner la formule des services de charité et cesser de procéder au petit bonheur.

Rééducation[1]

81. Dans les grandes villes, les services de rééducation, sous quelques auspices qu'ils soient, devraient être fournis suivant une planification et une coordination qui s'étendraient à toute la région, de façon qu'on puisse utiliser le mieux possible les services du personnel, qui est rare, ainsi que les appareils spéciaux, et éviter que certains services ne fassent double emploi sans nécessité. On ne pourra déterminer s'il est préférable d'avoir des programmes généraux d'hôpitaux et de centres de rééducation ou des programmes de centres spécialisés pour n'importe quelle maladie donnée, qu'après avoir fait une étude spéciale sur cette question.

82. On devrait établir un plan bien coordonné pour l'établissement à l'échelle provinciale, et dans certains cas à l'échelle nationale, de services hautement spécialisés.

83. Il n'est pas pratique de vouloir assurer même des services essentiels de rééducation dans chacun des petits hôpitaux et des hôpitaux moyens. Seul un système régional de services de rééducation permet, en pratique, un usage vraiment économique du personnel et des installations. On ne devrait s'occuper que des problèmes essentiels et précis, dans les régions rurales et semi-urbaines, soit par des services pour malades hospitalisés, soit par des consultations externes ou des soins à domicile. Les cas compliqués devraient être du ressort des centres de rééducation spécialisés ou généraux des grandes villes.

84. Parce que ces services de rééducation sont nécessaires non seulement dans les hôpitaux et les autres établissements, mais aussi dans les programmes d'hygiène mentale, de soins à domicile et de soin des vieillards, il est recommandé que tous les services essentiels de rééducation soient assurés grâce à une organisation régionale des services de santé, qui réunirait et coordonnerait tous les services de santé communautaires organisés[2].

85. Tout système régional de services de santé doit assurer un logement convenable aux enfants et aux jeunes gens gravement handicapés. Ce point doit faire partie du programme.

86. Les organismes privés qui fournissent actuellement des services particuliers de rééducation physique devraient fonctionner par l'intermédiaire de

---

[1] On trouvera au chapitre III, pp. 66-70, une analyse détaillée des services au sujet desquels nous avons fait des recommandations sous cette rubrique.

[2] Voir chapitre IV, p. 87-93.

l'organisation régionale des services de santé. Là où ils existent, les établissements de rééducation physique dirigés par des particuliers pourraient fournir leurs services à l'organisation régionale, moyennant un prix déterminé. On devrait encourager les organismes qui ne fournissent pas de services généraux de rééducation physique à se consacrer à des tâches importantes, par exemple l'éducation du public, la visite des malades, les services personnels aux malades et l'organisation d'expériences témoins.

Hygiène mentale[1]

87. Il est difficile de déterminer quel serait le meilleur genre de services pour s'attaquer aux nombreux problèmes d'hygiène mentale et pour déterminer la valeur des diverses méthodes d'approche qu'on essaie actuellement. On recommande de faire des expériences témoins plus complètes et plus approfondies dont les résultats puissent être soigneusement évalués, avant d'en venir à des conclusions définitives. Toutefois, nous sommes d'avis qu'un système régional de services de santé organisés, comprenant des services d'hygiène mentale, permettrait d'utiliser le mieux possible les installations et le personnel, malheureusement trop peu nombreux, tant dans les régions urbaines que dans les régions rurales.

88. Des services psychiatriques devraient être établis, en autant qu'il est possible d'avoir du personnel, dans les grands hôpitaux urbains et dans les hôpitaux principaux des régions rurales. Des consultations externes et des sections où l'on garde les malades pendant le jour devraient faire partie intégrante de ces services, comme c'est le cas dans les hôpitaux de l'Ontario.

89. Les services d'hygiène mentale devraient être intégrés au système hospitalier de l'Ontario, mais ils devraient aussi être étroitement intégrés aux sections psychiatriques des grands hôpitaux urbains et des hôpitaux principaux des régions rurales, ainsi qu'aux services de santé, aux services de rééducation, aux programmes scolaires et aux organismes d'orientation sociale. Comme nous l'avons mentionné au chapitre IV[2], une organisation régionale des services de santé serait un moyen de réunir et de coordonner tous les services de santé communautaires organisés.

Soins des vieillards[3]

90. Une organisation régionale des services de santé, telle qu'elle est définie au chapitre IV[4], pourrait réunir tous les services pour vieillards fournis par les hôpitaux, par le ministère de la Santé publique, par les programmes de rééducation et par les services de soins à domicile.

---

[1] On trouvera au chapitre III, pp. 70-72, une analyse détaillée des services au sujet desquels nous faisons des recommandations sous cette rubrique.

[2] Voir chapitre IV, pp. 87-93.

[3] On trouvera au chapitre III, pp. 73-78, une analyse détaillée des services au sujet desquels nous faisons des recommandations sous cette rubrique.

[4] Voir chapitre IV, pp. 87-93.

91. A leur tour, ces services devraient être coordonnés avec un type quelconque d'administration régionale du bien-être social, qui fusionnerait l'administration de la santé et celle du bien-être ou qui les maintiendrait en relations étroites.

92. Il devrait aussi exister des relations étroites avec les organisations indépendantes au bénéfice des personnes âgées et avec les services et établissements pour vieillards dirigés par des organismes religieux ou d'autres organismes privés.

93. Dans l'organisation des services pour les personnes âgées de n'importe quelle région, on devrait songer à la nécessité de varier les services et les installations de manière à pouvoir répondre à tous les besoins des vieillards.

Soins à domicile[1]

94. Les programmes organisés de soins à domicile devraient être établis suivant un système régional, par une organisation régionale des services de santé qui serait en relations étroites avec une organisation régionale des services de bien-être social, ou par une organisation régionale conjointe des services de santé et des services bien-être. Un tel système pourrait assurer l'intégration des services de soins à domicile aux services hospitaliers, aux services d'hygiène publique et aux autres services de santé communautaires organisés[2]. L'étendue et la variété des services à fournir devraient être déterminées d'après une analyse des besoins réels de chaque région.

95. On pourrait acheter, moyennant un prix déterminé, les services des organismes privés qui existent actuellement dans les grands centres, à condition que ces organismes consentent à répondre à des normes acceptables de soins. Dans les régions rurales et les petites villes, qui comptent peu d'organismes privés donnant des soins à domicile ou qui n'en ont pas du tout, l'organisation régionale des services de santé devrait se charger de fournir directement ces soins.

96. Il serait nécessaire d'avoir une certaine forme d'indemnités d'ordre économique, qui favoriserait l'utilisation des services de soins à domicile là où ils peuvent remplacer adéquatement les soins hospitaliers, étant donné que ces derniers sont maintenant inclus dans le régime d'assurance-hospitalisation de l'Ontario.

Service d'ambulances[3]

97. Pour les régions rurales et les petites villes, l'organisation régionale des services de santé dont on a proposé la création devrait diriger directement un

---

[1] On trouvera au chapitre III, pp. 78-81, une analyse détaillée des services au sujet desquels nous faisons des recommandations sous cette rubrique.

[2] Voir chapitre IV, pp. 87-93.

[3] On trouvera au chapitre III, pp. 81-82, une analyse détaillée des services au sujet desquels nous faisons des recommandations sous cette rubrique.

service d'ambulances ou devrait payer le propriétaire d'une organisation indépendante, afin qu'il fournisse à tous, à prix raisonnable, un service permanent, et qu'il le donne gratuitement à ceux qui sont incapables de payer. Grâce à cette formule, on pourrait se servir de l'équipement de la façon la plus économique possible; on pourrait aussi avoir un personnel bien formé et donner un bon service permanent à toute la population, aux hôpitaux et aux autres établissements.

98. Pour les régions isolées, on recommande un service ambulancier par avion organisé à l'échelle régionale, service qui serait fourni par la Province.

99. Dans les grands centres, l'organisation régionale des services de santé pourrait utiliser, afin de compléter les services privés, quelques-unes de ses propres ambulances pour desservir les familles à revenu modique. Il faudrait prendre des dispositions d'ordre financier dans les régions où il n'y a pas de service public d'ambulance, pour s'assurer que ceux qui sont incapables de payer reçoivent le service nécessaire et que tout le public puisse profiter de ce même service à un prix abordable.

Services gouvernementaux de bien-être social et services privés de santé et de bien-être[1]

100. Là où des services de santé comme, par exemple, les services d'infirmières visiteuses, d'aides familiales et d'ambulance, sont considérés comme essentiels pour une grande partie de la population ou pour la population entière, ils devraient être financés par les deniers publics. Ces services pourraient être fournis soit directement par l'organisation régionale des services de santé dont nous avons proposé la création[2], soit par les organismes privés, moyennant un prix déterminé et pourvu que ces organismes s'engagent à se conformer à des normes acceptables. On pourrait néanmoins exiger des honoraires de ceux qui sont capables de payer tous les frais ou une partie des frais des services, si on décide d'établir ce principe.

101. On devrait entreprendre une révision approfondie des régimes administratifs et des avantages actuels des services de bien-être social. On découvre fréquemment que certaines lacunes du système d'indemnités des services de bien-être social sont causes que les familles indigentes et les familles au revenu modique manquent de beaucoup de choses, dans le domaine de la santé. Citons, à titre d'exemples, le coût des médicaments nécessaires, le coût des soins dentaires préventifs pour les enfants, et pour les vieillards, celui des dentiers, des lunettes, des appareils auditifs et de certains autres appareils.

102. Une organisation régionale conjointe des services de santé et de bien-être est souhaitable comme objectif à long terme. Son succès dépendra d'un changement dans les lignes de conduite provinciales et locales relatives au bien-être social et dans les pratiques en vigueur en Ontario, et aussi d'une plus grande

---

[1] On trouvera au chapitre III, pp. 82-86, une analyse détaillée des services au sujet desquels nous faisons des recommandations sous cette rubrique.

[2] Voir chapitre IV, pp. 87-93.

facilité à recruter du personnel compétent, à mesure que les personnes possédant la formation voulue deviendront plus nombreuses. L'établissement de principes communs à l'échelle provinciale et d'un régime régional d'administration des services de bien-être social sont les premières mesures qui s'imposent. Nous recommandons d'étudier la chose davantage, en faisant l'essai d'un régime administratif conjoint dans certaines régions rurales et urbaines.

DEUXIÈME PARTIE

LES AUTRES PROVINCES

CHAPITRE VI

RÉSUMÉ DES FAITS DANS LES AUTRES PROVINCES ET COMMENTAIRES DES PROVINCES[1]

TERRE-NEUVE

Généralités

A cause de l'absence de services municipaux dans presque toutes les régions de l'île, c'est la province qui a mis sur pied la plupart des services d'hygiène officiels. Les caractéristiques des services d'hygiène provinciaux ont été dictées par le fait que la population est clairsemée et par l'isolement de nombreuses agglomérations, facteurs qui rendent l'exercice individuel de la médecine presque impossible dans bien des régions, sans l'aide de subventions du gouvernement. En conséquence, le ministère provincial de la Santé a pris une très large part à la création de services d'hygiène publique, d'hôpitaux et de services de soins médicaux. Certaines fonctions se rattachant au travail du ministère provincial de la Santé sont centralisées, mais la plus grande partie du travail est effectuée par des médecins et des infirmières, qui fournissent aussi les services directs à la population des endroits auxquels ils sont attachés.

Bien que la province ait pris à sa charge plusieurs programmes instaurés par des groupes bénévoles, les services bénévoles n'en demeurent pas moins une partie importante des services d'hygiène de Terre-Neuve. Dans les régions du nord de la province, l'*International Grenfell Association* et la *Notre-Dame Bay Memorial Hospital Association* dirigent des programmes préventifs d'hygiène publique et créent des services de dépistage, avec l'aide de subventions du ministère de la Santé de Terre-Neuve. Il n'y a pas encore d'unités sanitaires dans la province et le rôle du ministère de la Santé et des médecins-hygiénistes qui

---

[1] Les renseignements contenus dans le présent chapitre, qui sont parfois cités textuellement, ont étés puisés directement aux sources suivantes: 1.W.A. Mennie: *Renseignements non publiés préparés pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé.* (Ottawa: ministère de la Santé nationale et du Bien-être social Division de la recherche et de la statistique, 1962) 2. *Federal and Provincial Health Services in Canada.* (Toronto: *Canadian Public Health Association,* deuxième édition, 1962). 3 *Services d'hygiene publique et de bien-être social du Canada.* (Rapport rédigé pour l'*Annuaire du Canada, 1962.*) (Ottawa: ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique, 1962).

Les données générales ont été modifiées jusqu'à un certain point par ceux à qui elles ont été envoyées dans les diverses provinces. Les commentaires reçus ont aussi été inclus, mais comme la préface l'indique, ils l'ont été à titre anonyme.

travaillent à temps partiel ou à plein temps est double, c'est-à-dire qu'il englobe et les soins médicaux, et le travail en hygiène publique.

Services médicaux et hospitaliers

Généralités

Au 31 décembre 1962, il y avait 1,100 lits et 140 berceaux dans les hôpitaux généraux que dirige le ministère de la Santé. Il y avait aussi 1,044 lits et 227 berceaux dans les hôpitaux généraux administrés par des organismes indépendants, y compris des communautés religieuses, l'*International Grenfell Association*, des organismes locaux ou des conseils municipaux, et les autorités militaires du Canada. Les sanatoriums pour tuberculeux relevant du gouvernement provincial comptaient 548 lits, et les hôpitaux Grenfell en comptaient 38 pour ce genre de malades. Le gouvernement provincial fournissait 920 lits pour malades mentaux. Des organismes indépendants administraient un centre de rééducation pour enfants, qui comptait 31 lits, et 57 lits dans le service de médecine de la *St. Patrick's Mercy Home*. Le *St. John's General Hospital*, qui compte environ 471 lits, est le plus important de Terre-Neuve et sert d'hôpital principal pour toute la province. C'est un établissement agréé, qui fournit une grande variété de services tant aux malades hospitalisés qu'aux malades externes, et possède la plus importante école d'infirmières de Terre-Neuve.

Le régime d'assurance-santé des petits hôpitaux

A la suite de l'adoption du régime fédéral-provincial d'assurance-hospitalisation, en 1958, les éléments constitutifs du service hospitalier ont fait l'objet d'ententes distincte[1]. Le régime offre maintenant des services médicaux à domicile, de même que des services pour les malades externes et les malades hospitalisés, services dont profite presque la moitié de la population de la province. Le programme à paiement anticipé, qui a été établi en 1935 et qui est administré par le gouvernement, touche 19 hôpitaux, 65 médecins d'hôpital et de district, 10 postes de soins infirmiers et une clinique maritime ambulante. Les médecins qui fournissent leurs services en vertu du programme sont des salariés dont le revenu provient presque entièrement du ministère de la Santé, bien qu'ils ne soient pas, à proprement parler, des fonctionnaires. Le programme ne fait pas ses frais, mais reçoit de fortes subventions du ministère de la Santé. La prime générale, dans la plupart des régions, est de $10 par famille ou de $5 pour les personnes seules. Dans plusieurs régions où les gens sont plus à l'aise, les primes annuelles sont de $16 ou de $24 par famille. Les personnes seules paient la moitié du tarif familial. Le ministère a fixé des taux supplémentaires pour les chambres particulières, les soins obstétricaux, l'extraction des dents, les médicaments pour les malades externes et les prothèses, mais ces taux sont peu élevés. Le malade doit payer tous ses frais de transport, sauf s'il détient du représentant local du ministère du Bien-être social un certificat attestant qu'il ne peut le faire. Le défaut

---

[1] Voir p. 117.

de paiement de la prime annuelle ne prive pas une famille des soins nécessaires, mais la famille doit alors verser une prime supplémentaire pour son inscription tardive, quand l'un de ses membres a besoin de soins hospitaliers ou médicaux. Les personnes qui bénéficient de l'assistance publique sont censées payer une partie de la prime, sauf si cela leur impose une trop lourde charge. Sur recommandation du médecin local, le malade est admissible aux soins médicaux dans les hôpitaux généraux des centres importants.

Le régime fédéral-provincial d'assurance-hospitalisation et le régime d'hospitalisation et de soins médicaux pour enfants

Ce programme a été mis sur pied à Terre-Neuve en juillet 1958. Une division du ministère de la Santé en assure l'administration. Les éléments constitutifs du service hospitalier de deux régimes, le régime d'assurance-santé et le régime d'hospitalisation pour enfants, administrés antérieurement à titre d'organismes purement provinciaux, font maintenant partie du nouveau régime. Le régime d'hospitalisation pour enfants de Terre-Neuve, créé en janvier 1957, *payait* l'hospitalisation et les services externes de diagnostic, et depuis 1958, il paie les soins professionnels à l'hôpital pour tous les enfants de moins de 16 ans. La partie de ce régime relative aux soins professionnels revêt maintenant la forme d'un service de santé pour enfants.

Le régime d'assurance-hospitalisation, financé à même les impôts, comprend les services courants donnés aux malades des salles, les services de laboratoire et de radiologie aux malades externes, les encéphalogrammes, les cardiogrammes, les tests de métabolisme basal et leur interprétation, et enfin, la radiothérapie et la physiothérapie pour les malades non alités.

Transport

Le Ministère possède en outre un système de transport complet pour le personnel et les malades; ce système comprend une série de voitures, un dispensaire flottant pour les villages côtiers qui n'ont pas de routes de communication, et quatre petits navires à l'usage des médecins-hygiénistes. Les organismes bénévoles ont aussi un certain nombre de services itinérants de consultation. Grâce à des contrats de nolisement passés avec les services aériens locaux, des hydravions et des hélicoptères sont disponibles pour les missions spéciales de secours.

Soins aux indigents

La province offre un régime financé par les impôts et qui paie les frais des médicaments, des pansements, des prothèses, des soins dentaires et de la nourriture, de même que ceux des soins hospitaliers et médicaux donnés aux indigents.

Hygiène publique

Lutte contre les maladies contagieuses

Le programme est sous la direction du médecin-chef des services d'hygiène du ministère de la Santé et comprend les services courants d'immunisation, les enquêtes relatives aux cas signalés par les médecins et au besoin, les services d'isolement et de mise en quarantaine des contagieux. Le médecin-chef des services d'hygiène se tient en relations étroites avec l'aile des contagieux du *St. John's General Hospital.*

A Saint-Jean, des programmes d'immunisation sont organisés dans les écoles par le service ministériel des soins infirmiers, sous la direction d'un médecin-hygiéniste attaché aux écoles. Les infirmières bénévoles de la *Child Welfare Association* se chargent de l'immunisation des enfants d'âge préscolaire, et à cette fin, reçoivent des subventions du ministère de la Santé. Grâce notamment aux visites post-hospitalières des infirmières aux nouveau-nés, il a été possible d'immuniser la quasi-totalité de ce groupe. Le programme d'immunisation comprend l'aide et la coopération en ce qui concerne l'organisation des services pour l'inoculation des enfants d'âge pré-scolaire. Des équipes ambulantes, composées d'une infirmière et d'une personne qui consigne ses observations, visitent les localités autres que Saint-Jean, notamment les régions non pourvues de services médicaux, afin d'y mettre en vigueur le programme d'immunisation.

Lutte contre les maladies vénériennes

Les traitements sont gratuits pour toutes les personnes qui fréquentent la consultation centrale du *St. John's General Hospital,* pour celles qui souscrivent au régime d'assurance-santé des petits hôpitaux et pour les indigents. La Province fournit gratuitement la pénicilline aux médecins indépendants et paie les honoraires de ces derniers et des médecins-hygiénistes à temps partiel, pour le traitement ordinaire des indigents et des cotisants du régime d'assurance-santé.

Lutte contre la tuberculose

La tuberculose a toujours constitué un grave problème de santé publique. Les services pour la région est de la province sont centralisés à Saint-Jean, où le dispensaire antituberculeux fait fonction d'organisme de contrôle et de dépistage; pour sa part; le sanatorium de Saint-Jean dispose de quelque 280 lits. Dans la région ouest de la province, le sanatorium de Corner Brook, qui compte 270 lits, possède des services pour les malades hospitalisés et les malades externes et remplit des fonctions de dépistage. Dans les deux régions, la *Newfoundland Tuberculosis Association* contribue de façon appréciable au dépistage et à la réadaptation. Les hôpitaux Grenfell, qui ont à St. Anthony une aile de 30 lits pour tuberculeux, et 8 lits à Northwest River, au Labrador, dispensent également des traitements et possèdent des services de dépistage. Les soins aux tuberculeux dans les sanatoriums sont gratuits pour tous les habitants de Terre-Neuve.

La Province a mis sur pied une vaste campagne de vaccination par le B.C.G. au bénifice des enfants d'âge scolaire et préscolaire, des étudiantes-infirmières, du personnel des établissements hospitaliers et des gens qui sont en contact avec des tuberculeux dont l'état est déjà connu. De concert avec la *Newfoundland Tuberculosis Association*, la Province mène une campagne générale de dépistage par voie terrestre et maritime. A cause du taux élevé de fréquence de la tuberculose, et partant, de la tuberculinisation, et aussi à cause de l'usage généralisé du vaccin B.C.G., on n'a pas procédé au dépistage en masse au moyen du test à la tuberculine. Les techniques de dépistage les plus utilisées contre la tuberculose sont la radiographie périodique des poumons, pour les groupes les plus susceptibles d'être atteints de la maladie, et les campagnes de radiographie en masse.

Salubrité

Le ministère de la Santé a à son service un inspecteur sanitaire en chef et plusieurs inspecteurs régionaux, assistés d'un personnel approprié. Le programme d'assainissement comprend les mesures ordinaires, et on s'occupe spécialement de donner des conseils relatifs aux installations sanitaires dans les immeubles nouveaux et d'inspecter ces installations. Ces fonctions ont pris de l'importance au cours des dernières années; à cause de l'augmentation démographique rapide et, par conséquent, de l'expansion des banlieues où l'approvisionnement en eau et les systèmes de tout-à-l'égout n'existent pas.

L'examen des personnes qui manipulent les aliments est un service qui s'est développé rapidement, et des examens physiques de routine ont été établis. Les cours périodiques à l'intention de ses personnes ont également constitué une partie importante du service.

Service d'infirmières-hygiénistes

Le service comprend les infirmières du ministère de la Santé, à l'exception de celles du *St. John's General Hospital*, des deux sanatoriums et de l'hôpital pour maladies mentales et nerveuses. Le personnel se compose de quelque 115 infirmières dont environ le tiers travaillent à Saint-Jean, un autre tiers dans les postes de soins infirmiers des régions situées en dehors de Saint-Jean, et le dernier tiers dans les petits hôpitaux locaux.

Le régime de soins infirmiers du district de Saint-Jean fournit à la fois un service de prévention et d'hygiène publique et un service de soins infirmiers, en collaboration avec la *Child Welfare Association* et les infirmières de l'Ordre de Victoria. Il s'occupe de la lutte contre les maladies contagieuses et en particulier de la lutte antituberculeuse, y compris la vaccination par le B.C.G.; il dirige aussi des services de visites aux malades indigents, des services de maternité qui comprennent des visites et des consultations prénatales, de même que des visites postnatales, et enfin, des programmes d'hygiène publique destinés aux enfants d'âge préscolaire et scolaire. Le programme des infirmières-hygiénistes, en dehors de Saint-Jean, comprend la lutte contre les maladies contagieuses et en

particulier contre la tuberculose; il comprend aussi des visites aux malades, des consultations générales et prénatales, des programmes d'hygiène préscolaire et scolaire, et des services de maternité.

Les postes d'infirmières et les districts infirmiers ont pour but de rendre les soins infirmiers préventifs et curatifs, de même qu'un certain degré de service médical, accessibles à la population des régions isolées et peu peuplées où il n'y a pas de médecin.

Services de laboratoire

Les laboratoires d'hygiène publique de Saint-Jean et de Corner Brook offrent des services complets. Ils fournissent tous les services d'autopsie et de pathologie à tous les hôpitaux de la province.

Enseignement de l'hygiène

La Division de l'enseignement de l'hygiène élabore des programmes d'enseignement, travaille de concert avec les organismes gouvernementaux et bénévoles, aide à la formation du personnel qui dispense divers services, mène des campagnes et rédige des publications.

Hygiène alimentaire

Enseigner l'hygiène alimentaire et fournir des aliments supplémentaires à certains groupes vulnérables, tels sont les deux moyens principaux qu'emploie la Province afin d'améliorer les habitudes alimentaires de la population, par la distribution de suppléments diététiques et l'enrichissement artificiel des produits alimentaires. Elle organise aussi des conférences et des cours et s'occupe de donner des conseils en matière d'alimentation. Les hygiénistes alimentaires membres du personnel offrent aussi un service consultatif de diététique aux petits hôpitaux et aux écoles.

Le ministère de la Santé distribue gratuitement de l'huile de foie de morue et du jus d'orange concentré aux nourrissons et aux femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales, de même que par l'entremise des petits hôpitaux locaux, des médecins-hygiénistes, des infirmières de district et de certaines filiales de la Croix-Rouge. Les enfants d'âge préscolaire peuvent aussi obtenir gratuitement de l'huile de foie de morue. Depuis plusieurs années déjà, la loi exige que la farine soit enrichie de diverses substances nutritives.

Hygiène maternelle et infantile

Dans ce domaine, le ministère ne possède pas de division distincte. Les services préventifs d'hygiène maternelle et infantile sont intégrés, dans toute la province, aux services de médecins-hygiénistes et d'infirmières-hygiénistes, et sont décentralisés par le travail de ces derniers. Ce travail comprend les services d'hygiène scolaires, le programme d'immunisation pour les enfants d'âge préscolaire et scolaire, et divers services de maternité, par exemple les consultations

prénatales et les visites à domicile avant et après la naissance. La *Child Welfare Association* de Saint-Jean, aide à la mise en œuvre du programme d'hygiène maternelle et infantile.

Service d'hygiène scolaire

Le service d'hygiène scolaire a été créé en janvier 1959. Le médecin-hygiéniste des écoles est chargé de l'administration des services scolaires de santé, et relève du médecin-hygiéniste en chef du ministère. Des séances d'étude et des entretiens, auxquels participent les principaux d'écoles et les instituteurs, ont lieu régulièrement. Les infirmières scolaires maintiennent le contact avec toutes les écoles de Saint-Jean.

Il existe un service de soins infirmiers dans les écoles de Corner Brook. Ce service emploie deux médecins à temps partiel et des infirmières de l'Ordre de Victoria. Ailleurs dans la province, il y a de 12 à 15 infirmières mariées qui travaillent à temps partiel ou à temps plein dans les écoles de diverses régions. Les médecins locaux offrent certains services, mais ne se chargent pas des inspections régulières.

Hygiène dentaire dans les écoles

Le directeur de l'hygiène dentaire partage son temps entre une clinique pour enfants à Saint-Jean, et un travail de surveillance en matière d'enseignement de l'hygiène dentaire dans toute la province. Un dentiste adjoint à plein temps est employé à la clinique. Ailleurs, la Province subventionne les dentistes indépendants pour les services de réparation et de prophylaxie qu'ils fournissent aux enfants des écoles, notamment au cours des deux premières années de scolarité. En outre, tout enfant d'âge scolaire dont les parents sont indigents peut recevoir gratuitement des soins dentaires, sur présentation d'un certificat émis par un agent du bien-être social.

Rééducation

Il existe une Division de la rééducation, qui est sous la direction d'un coordonnateur provincial. Il s'agit d'un service gratuit de réadaptation professionnelle pour les personnes handicapées, service qui est fourni en collaboration avec les services d'hygiène publique, de bien-être social, d'éducation et de placement, de même qu'avec certains organismes bénévoles. La Division collabore aussi étroitement avec la Commission des accidents du travail. Elle coordonne les services requis en rééducation, comme le dépistage, l'évaluation, les traitements médicaux, la formation professionnelle, le placement, l'éducation du public et l'organisation communautaire. Elle tient un registre des personnes handicapées. Les principaux organismes bénévoles sont la *Newfoundland Tuberculosis Association*, la *Newfoundland Society for the Care of Crippled Children and Adults* et l'Institut national canadien pour les aveugles, division de Terre-Neuve. En 1960, on a fondé le *Newfoundland Rehabilitation Council*, qui représente les ministères, les organismes bénévoles d'hygiène publique et de bien-être social,

les clubs philantropiques et autres organismes, afin de coordonner et d'étendre les services de rééducation. On se propose de créer un centre de rééducation. La Division emploie deux agents de la rééducation, qui donnent des services sur place dans toute la province. La *Tuberculosis Association,* qui compte un personnel de quatre conseillers en rééducation, et le Service national de placement, travaillent en étroite collaboration avec la Division.

Le Régime d'assurance-hospitalisation paie les frais des services médicaux de rééducation pour les malades hospitalisés et les malades externes[1]. Les personnes qui résident dans des régions où il y a de petits hôpitaux locaux et les enfants de moins de 16 ans sont protégés par des régimes d'assurance contre les frais médicaux[2]. Le *St. John's General Hospital,* administré par la Province, possède un service de physiothérapie et diverses cliniques pour malades externes. Un centre de rééducation administré par la *Newfoundland Society for the Care of Crippled Children and Adults* fournit ses services aux enfants de moins de 16 ans. Une travailleuse sociale et un physiothérapeute se chargent des services post-hospitaliers sur place, pour les enfants infirmes qui habitent en dehors de Saint-Jean; on a mis sur pied des dispensaires mobiles, sous la direction du médecin spécialisé en physiothérapie du centre de rééducation. Il existe, en outre, un service d'orthophonie. L'atelier du *St. John's General Hospital* fabrique les prothèses et les accessoires physiothérapeutiques. Le ministère de la Santé fournit gratuitement les prothèses aux personnes incapables de les payer. Il emploi un directeur de la physiothérapie, qui fait fonction de médecin consultant. Ce physiatre est également chef du service de médecine physiothérapeutique du *St. John's General Hospital* et directeur médical du *Children's Rehabilitation Centre.*

Grâce à la Loi sur l'assistance à la formation technique et professionnelle et à la coopération du ministère du Bien-être social, les invalides nécessiteux reçoivent des allocations d'assistance sociale et de transport pendant qu'ils suivent un traitement. Le ministère du Bien-être social paie le transport et l'entretien des enfants sourds, qui fréquentent des écoles spéciales. Il en fait autant pour les enfants aveugles, qu'on envoie à Halifax. Des succursales locales de la *Newfoundland Association for the Help of Retarded Children* dirigent quatre classes spéciales pour les enfants arriérés.

La Province a subventionné la création d'un centre de recherche et de traitement pour les alcooliques.

Services pour malades chroniques

Le *St. John's General Hospital* fournit des services de traitement et de rééducation. L'Institut national canadien pour les aveugles possède des services de formation et de placement, y compris des cantines et un atelier protégé. On compte aussi, parmi les autres groupes intéressés, la Croix-Rouge canadienne,

---

[1] Voir p. 117.

[2] Ibid.

les infirmières de l'Ordre de Victoria, la filiale de l'Association canadienne des diabétiques pour Saint-Jean et le district environnant, et divers clubs philanthropiques.

Hygiène mentale

Les services d'hygiène mentale gravitent autour de l'*Hospital for Mental and Nervous Diseases*, situé à la périphérie de Saint-Jean; cet hôpital compte 950 lits. Il possède des services de consultation pour malades externes, et d'autres services où l'on garde les malades toute la journée. Le *St. John's General Hospital* possède aussi un service pour malades externes. Tous les services sont gratuits pour les habitants de Terre-Neuve.

Soins à domicile

Aux termes du régime d'assurance-santé des petits hôpitaux, certains soins médicaux et infirmiers sont fournis à domicile. Dans les régions isolées, les infirmières de district donnent certains soins à la maison. A Saint-Jean, les infirmières ont un programme mixte de services d'hygiène publique et de visites à domicile. A Corner Brook, les infirmières de l'Ordre de Victoria sont payées par la Province pour les soins à domicile aux indigents, aux diabétiques et aux tuberculeux. Le ministère du Bien-être social peut aussi payer les visites à domicile des infirmières des organismes indépendants.

Programmes de bien-être social

Le ministère du Bien-être social administre directement tous les programmes de bien-être à Terre-Neuve, y compris les allocations aux mères nécessiteuses, les allocations de diverses catégories, payés selon un système fédéral-provincial, et l'assistance publique en général. Le ministère s'occupe aussi directement du bien-être de l'enfance, des services pour mères célibataires et des programmes d'adoption. La Province assume les frais des soins dans les établissements indépendants ou publics.

Il y a un foyer pour vieillards et infirmes à Saint-Jean. Le Gouvernement paie en tout ou en partie les frais des soins dans d'autres foyers pour vieillards et dans des pensions. Il accorde, en outre, des subventions d'établissement aux foyers et pour la construction domiciliaire.

Organismes indépendants

Ainsi que nous l'avons signalé précédemment, les programmes de tous les organismes, notamment la *Newfoundland Tuberculosis Association*, la Société canadienne du cancer et la Croix-Rouge canadienne, ont été étroitement intégrés dans plusieurs domaines de la santé publique. L'*International Grenfell Association* reçoit l'aide du Ministère et fournit des services hospitaliers et médicaux ainsi que des services d'hygiène publique dans le nord de Terre-Neuve et au Labrador. Fondée grâce à l'aide financière de la *Grenfell Organization*, la *Notre-Dame Bay*

Memorial Association administre un hôpital et dirige des services médicaux dans une des régions côtières du nord-est.

Commentaires recueillis dans la province

On a souligné l'importance d'une étroite collaboration entre les services d'hygiène publique et les autres services de soins médicaux. On a aussi fait remarquer que le médecin-hygiéniste doit être suffisamment rémunéré et que ses fonctions, à l'occasion de n'importe quelle réorientation des services, devraient être clairement définies. On a également insisté sur le fait qu'il demeurait essentiel d'avoir, à Terre-Neuve, un programme de lutte contre la tuberculose.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Hygiène Publique

Organisation

Tous les services d'hygiène publique de la province sont fournis par le ministère provincial de la Santé. Charlottetown et Summerside, les deux agglomérations qui comptent le plus d'habitants, emploient chacune un médecin-hygiéniste à temps partiel. Les rapports fournis par le personnel du Ministère sur les services tels que l'inspection des usines de pasteurisation, de l'approvisionnement d'eau et des restaurants, sont soumis à ces médecins-hygiénistes; les recommandations du Ministère sur les mesures à prendre dans ces domaines accompagnent souvent ces rapports. La ville de Charlottetown rembourse la moitié du salaire des infirmières-hygiénistes du Ministère qui travaillent dans les écoles urbaines; elle fournit, en outre, les locaux d'une clinique dentaire. Sauf dans les cas précités, les services d'hygiène publique ne reçoivent aucune assistance municipale. Le Ministère fait essentiellement fonction d'unique unité sanitaire à l'échelon provincial.

Salubrité

La Division est sous la direction d'un diplômé en génie sanitaire, qui relève du sous-ministre adjoint. Il y a six inspecteurs sanitaires. Ce personnel fournit une grande variété de services, dont l'inspection des logements pour les touristes, des restaurants et salles à manger, des usines de pasteurisation, des approvisionnements d'eau, publics et privés, des systèmes de tout-à-l'égout, des plages publiques, des parcs pour les roulottes et des terrains de camping. Le vétérinaire-hygiéniste qui relève de cette division est chargé de l'inspection de tous les abattoirs et de la surveillance de la production et de la manipulation du lait destiné aux usines de pasteurisation.

Lutte contre les maladies contagieuses

Il incombe au sous-ministre adjoint de faire enquête dans les cas de maladies contagieuses et de veiller à la mise en oeuvre des programmes provinciaux d'immunisation. Dans les cas de maladies épidémiques ou contagieuses, on envoie des spécimens au laboratoire d'Halifax (Nouvelle-Écosse).

Tous les quatre ans, la Province mène une campagne d'immunisation sur toute l'étendue de son territoire; on insiste alors particulièrement sur l'immunisation des enfants d'âge préscolaire ou scolaire. Des dispensaires d'immunisation existent à Charlottetown, à Summerside et dans d'autres centres, où ils fonctionnent toute l'année durant des périodes déterminées.

Lutte contre la tuberculose

Cette division s'occupe du sanatorium provincial, du service mobile d'examens et des services de diagnostic. L'organisation centrale de ces services est établie au sanatorium, qui compte environ 90 lits pour le traitement des tuberculeux. La *Prince Edward Island Tuberculosis League* renseigne le public et aide à l'organisation locale avant d'entreprendre des examens collectifs. Le service externe se charge de l'examen des personnes qui sont en contact avec des tuberculeux et s'occupe de suivre les anciens malades après leur sortie du sanatorium.

On a lancé une campagne intensive de tests à la tuberculine selon la méthode Heaf, suivis d'une radiographie pulmonaire pour les personnes qui ont eu une réaction positive. On réserve la vaccination au B.C.G. à des groupes restreints que leur occupation ou leur entourage expose à la contamination, y compris les étudiantes-infirmières et les personnes qui sont venues en contact avec des tuberculeux, mais dont la réaction à la tuberculine est négative.

Des consultations antituberculeuses se donnent au sanatorium provincial, et périodiquement, au centre d'hygiène de Summerside, de même que dans les hôpitaux généraux de trois autres villes. On examine, en outre, les anciens malades, les personnes qui sont ou ont été en contact avec des tuberculeux, et les malades envoyés par les médecins. Depuis 1959, les traitements et les soins sont fournis sans frais directs.

Lutte contre les maladies vénériennes

On s'efforce surtout de créer des installations satisfaisantes pour le diagnostic, le traitement, le dépistage et l'éducation du public. La Division administre une clinique centrale à Charlottetown, où des services médicaux et des services de laboratoire gratuits ont été organisés pour le diagnostic des maladies vénériennes et le traitement de tous les malades inscrits et des personnes qui ont été en contact intime avec eux. Les médecins reçoivent aussi gratuitement la pénicilline, et leurs honoraires sont payés pour le diagnostic des maladies vénériennes et le traitement des personnes indigentes qui sont atteintes de ces maladies. En certains cas, des examens obligatoires font partie du programme, par exemple l'examen prénuptial, l'examen de toutes les personnes admises à l'hôpital et celui des membres d'autres groupes déterminés.

Hygiène maternelle et infantile

Il n'existe pas de division particulière dans ce domaine, mais les infirmières-hygiénistes offrent un service d'hygiène maternelle et infantile, sous la direction

de médecins. Un programme bien défini a été établi dans toute la province; il comprend des cours d'hygiène prénatale à Charlottetown et à Summerside, des visites prénatales à domicile, des visites et des conseils aux accouchées à l'hôpital, des visites post-hospitalières ou postnatales à la maison, des visites à domicile aux enfants d'âge préscolaire et des conférences hebdomadaires ou mensuelles sur l'hygiène infantile. Les infirmières visitent chaque semaine tous les hôpitaux. Il se donne des cours sur les soins infirmiers en obstétrique, à l'intention des infirmières d'hôpital et des infirmières-hygiénistes.

Service d'hygiène scolaire

Il existe un programme complet pour l'immunisation des écoliers contre la diphtérie, le tétanos, la rougeole et la poliomyélite, programme qui fait suite à l'inoculation des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire. Les écoles primaires et secondaires de la province possèdent des services infirmiers d'hygiène publique qui accordent une attention particulière aux enfants qui leur sont signalés par les instituteurs parce qu'ils ont des problèmes spéciaux. L'hygiéniste alimentaire de la Province travaille, en coopération avec les infirmières-hygiénistes, à établir de bonnes habitudes alimentaires chez le public. On prend d'autres mesures pour la protection de la santé physique des élèves, en faisant surveiller l'approvisionnement en eau et les systèmes de tout-à-l'égout des écoles par la Division du génie sanitaire. On confie à des instituteurs qui ont reçu une formation spéciale et qui sont membres du personnel des cliniques d'hygiène mentale, les enfants des écoles qui présentent des problèmes dans ce domaine. Ces instituteurs jouent un rôle d'agents de liaison.

Service d'hygiène dentaire dans les écoles

La Division s'occupe de l'enseignement de l'hygiène dentaire et offre un service gratuit de soins dentaires aux enfants de première et de deuxième années dans plusieurs régions rurales. Les hygiénistes dentaires font des applications topiques de fluorure dans tous les districts qu'il leur est possible de visiter. Le directeur a contribué à l'établissement d'une consultation d'orthodontie préventive à Charlottetown. Les services dentaires pour les enfants nécessiteux des régions urbaines sont sous la surveillance de la Division.

Lutte contre le cancer

La Province assure les services d'un médecin spécialisé dans la lutte contre le cancer, qui fait fonction de médecin consultant auprès des membres de la profession médicale; elle fournit aux cancéreux les traitements aux rayons X et au radium, et tient à jour la statistique des cas de cancer signalés à sa Division.

Lutte contre le diabète et la fièvre rhumatismale

La Province fournit gratuitement aux malades les médicaments et le nécessaire à déceler la glycosurie, afin de lutter contre le diabète. Elle fournit aussi les médicaments pour la prévention des accès périodiques de fièvre rhumatismale, sur ordonnance du médecin traitant.

Services de laboratoire

La Division des laboratoires fournit les services de laboratoire d'hygiène publique à toutes les autres divisions du Ministère, les services médico-légaux au ministère du Procureur général, les services de laboratoire pour les animaux au ministère de l'Agriculture et les services cliniques à tous les médecins indépendants, de même qu'une grande variété de tests spécialisés aux hopitaux généraux. La Division s'occupe aussi de surveiller le matériel et la qualité du travail de laboratoire dans tous les hôpitaux.

Les hôpitaux et le régime d'assurance-hospitalisation

Selon le *Canadian Hospital Directory* de 1962, l'Île-du-Prince-Édouard avait alors huit hôpitaux généraux publics administrés par des laics ou des organismes religieux. Ces hôpitaux comptaient 667 lits. De ce nombre, 23 lits servaient aux malades chroniques et 644 aux cas de médecine générale. En outre, les trois hôpitaux publics spécialisés administrés par la province comptaient 474 lits, dont 30 pour les malades chroniques, 354 pour les malades mentaux et 90 pour les tuberculeux.

Il existe une Commission des hôpitaux dont le sous-ministre de la Santé est le directeur administratif. Le régime d'assurance-hospitalisation, financé par les impôts, assure les services aux malades hospitalisés et toute la gamme des services aux malades externes, y compris l'usage des isotopes radio-actifs et l'interprétation des résultats, certains tests de diagnostic en laboratoire ou au moyen de la radiographie et leur interprétation, les services de radiothérapie là où ils sont existent, les services de physiothérapie approuvés, les médicaments, les produits biologiques et pharmaceutiques pour les diagnotics et les traitements d'urgence, de même que les services du personnel hospitalier.

Hygiène mentale

La province possède deux hôpitaux pour les malades mentaux. L'un d'eux a été conçu essentiellement en fonction des cas qui exigent des traitements actifs et pour fournir des services de diagnostic. Les soins y sont gratuits. Il y a à Charlottetown une clinique d'hygiène mentale, qui met à la disposition des omnipraticiens et des organismes d'hygiène et de bien-être social des médecins consultants et des services de diagnostic, sans frais pour le malade. On y trouve également un service de psychothérapie. La clinique dessert la population de la région ouest de la province grâce à un centre auxiliaire ouvert deux jours par semaine.

Un agent consultant d'orientation maintient le contact avec le ministère de l'Éducation. Les enfants qui éprouvent de la difficulté à parler ou à lire peuvent suivre des cours correctifs.

Rééducation

Les citoyens qui contribuent au régime d'assurance-hospitalisation peuvent profiter des soins aux malades et de certains services externes, y compris la

physiothérapie. Les malades chroniques et les convalescents reçoivent aussi des soins en vertu de ce régime. Dans les cas graves, les malades peuvent être envoyés dans des centres situés en dehors de la province, pour évaluation médicale, traitement et rééducation. Le seul centre de rééducation est le centre de 30 lits situé dans une aile du sanatorium. On y fait l'évaluation médicale des cas et on y donne les traitements, y compris les interventions chirurgicales, la physiothérapie et l'ergothérapie. Ce centre comprend un atelier prosthétique où l'on fabrique des chaussures et des appareils de soutien; on y donne, en outre, des cours spéciaux pour apprendre aux malades à se servir de leurs appareils. Le coordonnateur provincial de la rééducation est le sous-ministre du Bien-être social et du Travail. Une équipe de quatre médecins constitue le Conseil consultatif qui s'occupe de l'évaluation des candidats et des malades. Le coordonnateur assume la responsabilité des services d'orientation professionnelle; il assure aussi aux personnes handicapées les services de conseillers et les services médicaux, de même que les services de formation professionnelle et de placement, en coopération avec d'autres organismes. Le centre emploie un conseiller en rééducation. Les malades sont envoyés par la Commission des accidents du travail, des organismes bénévoles et des médecins; certaines personnes se présentent d'elles-mêmes au centre. Dans le cas des nécessiteux, on fait appel au Conseil de rééducation, qui reçoit une partie des fonds de la campagne du timbre de Pâques et de la Parade des dix sous, pour payer l'évaluation médicale ou les traitements. Il existe une école d'orientation professionnelle et on place les handicapés par l'entremise du Service national de placement, qui a des agents spéciaux à cet effet à Charlottetown et à Summerside. En plus du centre, le Ministère a à son service un personnel d'infirmières-hygiénistes, qui dépistent les risques d'invalidité chez les enfants grâce à des visites régulières aux familles et à des examens médicaux dans les écoles. Les infirmières-hygiénistes conseillent les parents et aident à diriger les enfants vers les endroits où l'on peut faire l'évaluation médicale de leur cas et les traiter.

Le Club Rotary de Charlottetown organise la campagne du Timbre de Pâques et fournit son appui au Conseil de rééducation, qui accorde une aide financière aux services de transport et aux services médicaux pour les enfants nécessiteux qui ont besoin d'être traités en dehors de la province. La Croix-Rouge des jeunes apporte aussi son aide par l'entremise du Fonds pour les enfants infirmes. En 1960, la Division de l'hygiène mentale a engagé un orthophoniste. Le ministère de l'Éducation a pris en charge des établissements spéciaux d'éducation. Il y a quatre succursales de l'Association de l'Île-du-Prince-Édouard pour les enfants arriérés. L'Association contre la paralysie cérébrale donne des cours spéciaux. Le ministère de la Santé a récemment ouvert à Charlottetown un petit hôpital-école pour les enfants arriérés.

Il y a peu de programmes spéciaux d'hygiène pour les personnes souffrant de maladies particulières, sauf pour les malades mentaux et les tuberculeux. L'Institut national canadien pour les aveugles, Division des Maritimes, a ouvert un centre pour les aveugles à Charlottetown et fournit aux aveugles inscrits des services

d'enseignement à domicile, de placement de récréation ainsi que des services préscolaires. La Division des Maritimes de l'Association canadienne des paraplégiques emploie un spécialiste en rééducation, qui fournit ses services aux malades de l'Île-du-Prince-Édouard. La succursale de Charlottetown de l'Association canadienne des diabétiques, qui fait du travail de dépistage et d'éducation, a demandé au gouvernement provincial de distribuer l'insuline gratuitement aux personnes incapables de la payer. Les succursales de l'Association pour les enfants arriérés et l'Association contre la paralysie cérébrale sont en train d'élargir leurs programmes d'éducation spéciale. Le chapitre de l'Île-du-Prince-Édouard de l'Association canadienne contre la sclérose en plaques fournit certains services aux malades, mais concentre surtout ses efforts sur la recherche. Le chapitre de l'Île-du-Prince-Édouard de la Fondation canadienne contre la poliomyélite et pour la réhabilitation aide financièrement le Conseil de rééducation et a contribué à l'établissement du service d'ergothérapie du Centre de rééducation.

Presque tous les hôpitaux généraux de la province ont maintenant des services de rééducation qui fonctionnent à temps partiel ou à plein temps.

Soins à domicile

Il n'y a pas de services de soins à domicile organisés dans la province.

Soins aux vieillards

Ce service relève du ministère du Bien-être social, qui fournit des soins en institution, y compris les services médicaux professionnels, à quelque 250 personnes dans deux foyers. De plus, un grand nombre de vieillards sont en pension dans divers familles de la province, payées par le ministère du Bien-être social.

Programmes de bien-être social

Outre les allocations fédérales-provinciales à diverses catégories de personnes, le ministère du Bien-être et du Travail fournit des allocations aux mères nécessiteuses. Il fournit aussi directement des services de bien-être social dans les régions rurales et prend à sa charge 75 p. 100 du coût de l'assistance offerte par la ville de Charlottetown et les municipalités qui ont la responsabilité du secours général aux indigents. Le Ministère a aussi un programme qui s'étend à toute la province et qui fournit de l'aide financière aux familles dont le chef souffre de tuberculose et est incapable de faire vivre les siens.

En vertu de la Loi sur l'assistance-chômage, le Gouvernement fédéral assume jusqu'à 50 p. 100 du coût de l'assistance aux chômeurs nécessiteux. La Province possède des pouvoirs de réglementation sur l'administration municipale de l'assistance générale.

Dans l'Île-du-Prince-Édouard, les services de soins et de protection de l'enfance, y compris les services pour parents non mariés et les services d'adoption, sont administrés par la Province. La Province assume entièrement les frais de

l'entretien et du soin des enfants dont s'occupent des organismes bénévoles ou publics.

Commentaires recueillis dans la province

La province étant petite, les services ont pris la forme d'unités sanitaires. On estime que des relations étroites entre les services d'hygiène publique et les autres services de soins médicaux sont essentielles.

NOUVELLE-ÉCOSSE

Hygiène publique

Organisation

La province, qui compte une population de 737,000 habitants, est divisée en huit unités sanitaires provinciales et en une unité municipale dans la ville d'Halifax, unités qui assurent les services locaux d'hygiène. Toutefois, dans toute la province, les pouvoirs municipaux doivent assumer certaines responsabilités en vertu de la Loi sur l'hygiène publique. Cette loi stipule que chaque municipalité doit avoir un Conseil d'hygiène et que le médecin-hygiéniste municipal doit être le directeur de l'unité sanitaire de la région, sauf dans le cas des villes qui ont un médecin-hygiéniste à plein temps. La ville d'Halifax possède un service d'hygiène publique qui fonctionne à plein temps.

La nouvelle Loi sur l'hygiène publique (1962) a aboli les conseils d'hygiène de district et les a remplacés par des conseils municipaux. Le directeur de l'Unité sanitaire est le médecin-hygiéniste et l'agent administratif de chaque conseil municipal. Les conseils municipaux d'hygiène publique peuvent nommer un autre médecin-hygiéniste à temps partiel ou à plein temps, s'ils le désirent. Le but de la loi est que la majorité des membres des conseils municipaux d'hygiène publique, mais non tous, soient membres du conseil civique de la municipalité qui les nomme. Plusieurs de ces conseils municipaux n'ont choisi que parmi leurs propres membres ceux qu'ils ont nommés à leurs conseils d'hygiène respectifs.

Les unités sanitaires provinciales desservent une population qui varie entre 50,000 et 75,000 habitants. La Province assume entièrement le coût global de l'administration et du personnel des unités sanitaires provinciales. Dans ce domaine, les municipalités ne fournissent aucune rétribution. Chaque unité sanitaire est sous la direction d'un médecin-hygiéniste diplômé, employé à plein temps, qui dirige le travail des infirmières-hygiénistes, des inspecteurs sanitaires, de l'hygiéniste alimentaire, de l'hygiéniste dentaire et d'un spécialiste en rééducation. On est à faire l'essai d'un programme en vertu duquel on emploie des infirmières auxiliaires diplômées.

La direction générale émane des divisions spécialisées du Ministère. Le bureau central offre des services de consultation en hygiène maternelle et infantile, de lutte contre les maladies contagieuses, de génie sanitaire, de lutte contre les dangers d'irradiation, d'hygiène mentale, de soins dentaires, d'alimentation, de

rééducation, d'enseignement de l'hygiène, et d'autres services dans divers domaines de la santé publique.

Salubrité

En vertu du programme local des unités sanitaires, 23 inspecteurs sanitaires sont membres du personnel de ces unités. Les services comprennent la surveillance des approvisionnements de lait, des approvisionnements publics et privés d'eau, de la salubrité des écoles, de l'enlèvement et de la destruction des ordures ménagères et des déchets, de la manutention des aliments, des restaurants, des logements et de la salubrité rurale et urbaine. S'il y a lieu, on recommande aux villes de se renseigner auprès de la Division provinciale de l'hygiène du milieu, par l'entremise du directeur de l'unité sanitaire.

Lutte contre les maladies contagieuses

La lutte contre les maladies contagieuses consiste à signaler localement les cas de maladies à déclaration obligatoire, à imposer l'isolement ou la quarantaine et à faire enquête lorsque se déclarent des épidémies; elle comporte en outre un programme d'immunisation, particulièrement pour les enfants d'âge préscolaire et d'âge scolaire. Ce programme est réalisé par les directeurs des unités sanitaires, les infirmières-hygiénistes et les inspecteurs sanitaires.

Lutte contre la tuberculose

Il y a deux sanatoriums provinciaux: le *Nova Scotia Sanatorium*, à Kentville, et le *Point Edward Hospital*, à Sydney. Ils sont administrés par le Province, qui coordonne aussi les services préventifs offerts conjointement par le ministère de la Santé et la *Nova Scotia Tuberculosis Association*. Le dépistage et les services de prévention fonctionnent à l'échelon régional. C'est là une des tâches principales du personnel des unités sanitaires, notamment des directeurs et des infirmières-hygiénistes. Chaque unité assume la responsabilité du dépistage et du diagnostic, de même que des enquêtes et de la surveillance des personnes qui ont été en contact avec un contagieux. Les tests à la tuberculine selon la méthode *Heaf* ont récemment remplacé les services itinérants de radiographie en masse. Les personnes dont la réaction est positive se font radiographier dans les hôpitaux locaux, en vertu du programme de services externes de diagnostic de la *Nova Scotia Hospital Services Commission*, ou par les unités sanitaires, qui disposent d'équipement mobile de radiographie. La *Nova Scotia Tuberculosis Association* accorde aussi son appui à un programme de dépistage, en fournissant un personnel infirmier qui fait les épreuves à la tuberculine dans certaines régions. A leur admission à l'hôpital, tous les malades doivent se soumettre à une radiographie pulmonaire. On réserve le vaccin B.C.G. aux personnes exposées à des risques professionnels et à celles qui ont été en contact avec des contagieux. A la suite des progrès réalisés dans les domaines du dépistage et du traitement, le nombre des lits de sanatoriums est passé d'un maximum de 1,246 en 1955, à 555 en 1961.

Les spécialistes en rééducation de la Division de la lutte contre la tuberculose s'occupent de l'orientation professionnelle des malades, dans les sanatoriums. Le coordonnateur provincial de la rééducation s'occupe des malades en dehors des sanatoriums et travaille en collaboration étroite avec la *Nova Scotia Tuberculosis Association.*

Lutte contre les maladies vénériennes

Les unités sanitaires s'occupent de la lutte contre les maladies vénériennes, et particulièrement du dépistage. En dehors de la région d'Halifax, la Province paie les honoraires des médecins pour l'examen et le traitement des malades dont le cas a été signalé et des personnes soupçonnées d'avoir une maladie vénérienne. Une clinique spéciale à Halifax, au *Victoria General Hospital,* offre gratuitement des services de diagnostic et de traitement.

Hygiène maternelle et infantile

La Division de l'hygiène maternelle et infantile précise les problèmes, fait l'évaluation des services de nature curative et préventive et fournit les services éducatifs et consultatifs aux unités sanitaires de district et aux autorités locales. Le travail de la Division complète celui de l'omnipraticien.

Les infirmières-hygiénistes donnent des cours prénataux et renseignent les futures mères lors de visites à domicile. La présence des infirmières de l'Ordre de Victoria facilite, dans certaines régions, les visites précoces aux nourrissons. Une certaine surveillance est exercée au moyen de visites postnatales à domicile. La Division compte en outre un service de consultation, formé d'un obstétricien et d'un pédiatre qui fournissent leurs services partout dans la province. Le but de la Division est de s'assurer que tous les enfants, notamment les nouveau-nés, reçoivent les meilleurs soins médicaux possibles, ainsi qu'une surveillance appropriée. Les services préscolaires se proposent de compléter le travail de l'omnipraticien par des conférences sur l'hygiène infantile et à des séances d'immunisation, qui sont souvent organisées de concert avec les infirmières de l'Ordre de Victoria.

Services d'hygiène scolaire

Les infirmières-hygiénistes visitent les écoles de la province et s'appliquent à découvrir tout défaut physique chez les enfants. La Division provinciale de l'hygiène maternelle et infantile et des maladies contagieuses s'intéresse à l'étude de tous les problèmes relatifs à la santé physique et mentale des écoliers de tout âge. Des spécialistes de tests audiométriques visitent périodiquement toutes les écoles de la province.

L'infirmière-hygiéniste examine à fond tous les enfants qui se présentent à l'école pour la première fois. Il y a des tests de la vue dans certaines classes. On vérifie aussi, dans certaines classes, le nombre d'immunisations que l'enfant a reçues. Dans les écoles élémentaires et secondaires, on fait des tests à la tuberculine. Dans les écoles supérieures, les infirmières-hygiénistes discutent avec les élèves les problèmes de santé de ces derniers.

Les hygiénistes alimentaires renseignent les enfants des écoles sur certains problèmes et sur la nutrition en général. Ils fournissent aussi leurs services à titre de consultants aux maisons d'éducation et aux autres groupes que la question intéresse, relativement aux repas du midi à l'école.

Hygiène dentaire dans les écoles

La Division de l'hygiène dentaire s'occupe d'éducation, de prévention et de dépistage. Les hygiénistes dentaires donnent des conseils sur le soin des dents et font des applications de fluorure stanneux aux enfants qui habitent dans des régions où il n'y a pas d'aqueduc public. La Division offre des services de soins dentaires lorsqu'il est possible de trouver le personnel nécessaire pour les dispensaires mobiles. Plus de 20 p. 100 de la population utilise de l'eau fluorée.

Trois dispensaires dentaires itinérants ont été organisés pour diriger un programme d'éducation du public et fournir des traitements gratuits aux enfants dans les régions rurales. Ils desservent aussi les sanatoriums provinciaux, pendant les les mois d'hiver et les vacances scolaires.

Services de laboratoire

Le ministère de la Santé administre, à Halifax, un laboratoire provincial qui s'occupe de bactériologie, de virologie, de biochimie, etc.

Les hôpitaux et le régime d'assurance-hospitalisation

Le *Canadian Hospital Directory* (1962) énumérait 60 hôpitaux, tant généraux que spécialisés, qui comptaient globalement 7,285 lits. Voici la répartition de ces lits:

Établissements	Lits	Pour malades chroniques	Pour convalescents	Pour usage général	Pour malades mentaux	Lits orthopédiques	Pour tuberculeux
60	7,285	20	53	3,633	3,085	8	485

Ces hôpitaux ont une administration laïque, religieuse, municipale ou provinciale. Il y a, en outre, deux hôpitaux généraux indépendants d'une capacité totale de 16 lits, qui sont administrés par un groupe de laïcs.

Les ministères fédéraux des Affaires des anciens combattants, de l'Immigration, de la Santé nationale et du Bien-être social, et celui de la Défense nationale, administrent cinq hôpitaux d'une capacité totale de 636 lits, dont 163 pour malades chroniques, 451 pour malades ordinaires et 22 pour malades mentaux.

Le régime d'assurance-hospitalisation de la Nouvelle-Écosse est sous la direction d'une Commission de l'assurance-hospitalisation qui relève directement du ministre de la Santé. Le régime offre, outre les services aux malades hospitalisés et les services externes d'urgence requis dans les quarante-huit heures qui suivent un accident, une grande variété de consultations externes; ces services comprennent

les traitements médicaux et chirurgicaux mineurs, les transfusions de sang, la radiothérapie des tumeurs malignes, la physiothérapie quand ce service existe, les services non médicaux de la *Nova Scotia Tumor Clinic*, certains examens de laboratoire et les examens radiologiques en vue d'un diagnostic, les électroencéphalogrammes et les interprétations nécessaires. Le régime est financé par une taxe de vente spéciale. Les indigents sont donc assurés, comme toutes les autres personnes.

La Commission s'efforce d'encourager les hôpitaux à utiliser les services des médecins-hygiénistes locaux de la Province. Mais le degré de cette collaboration dépend en grande partie de la personnalité du médecin-hygiéniste et de l'attitude du conseil d'administration de l'hôpital. En général, cependant, les relations sont bonnes. A l'échelon provincial, l'intégration est très poussée. Par exemple, le sous-ministre de la Santé fait fonction de consultant auprès de la Commission, sur les questions d'hygiène publique. L'administrateur des unités sanitaires est membre des comités de la Commission qui veillent à la sécurité dans la salle d'opération et surveillent la construction des hôpitaux. L'infirmière consultante en hygiène maternelle et infantile du ministère de la Santé est membre du comité des soins infirmiers, de même que du comité de la construction des hôpitaux. Le directeur de la Division des services consultatifs du ministère de la Santé publique est membre du comité de la statistique et de la recherche. Le directeur de la Division de l'hygiène maternelle et infantile et de la lutte contre les maladies contagieuses est vice-président du comité de la prévention des infections dans les hôpitaux, et membre du comité de la construction des hôpitaux et du comité de la formation du personnel. Le bactériologiste provincial est membre du comité de la prévention des infections dans les hôpitaux.

Il y a dans chaque hôpital un comité des normes hospitalières, qui comprend notamment le président du conseil d'administration, l'administrateur et un membre du personnel médical nommé par l'hôpital. Il y a aussi un sous-comité du comité des normes hospitalières, constitué de membres du personnel médical.

Les hôpitaux sont répartis, sur le plan régional, en neuf zones qui comptent chacune un hôpital principal et des hôpitaux auxiliaires locaux. Les cas nécessitant un diagnostic et un traitement plus compliqués sont envoyés à l'hôpital principal, qui compte environ 200 lits, un laboratoire bien équipé et un pathologiste. Le laboratoire régional fournit des services d'histologie, de biochimie, de bactériologie et d'hématologie.

L'hôpital principal de chaque région possède un service de radiologie bien équipé. Il a généralement des lits pour malades mentaux et, de concert avec les services de consultation externes, on est en train d'y organiser des services psychiatriques pour malades externes. L'hôpital régional possède aussi quelque 20 lits destinés aux personnes qui reçoivent des traitements en vue de leur réadaptation fonctionnelle, et à cette fin, il emploie un physiothérapeute et un ergothérapeute. Il comprend en outre un service de soins intensifs, et un service assez complet pour les malades externes et les cas d'urgence.

Si un malade a besoin de services de diagnostic et de traitement complexes, on l'envoie à l'un des hôpitaux suivant: le *Victoria General Hospital,* le *Children's Hospital,* la *Halifax Infirmary* et le *Grace Maternity Hospital* d'Halifax. Ces hôpitaux possèdent l'équipement et le personnel voulus pour fournir des services spécialisés. Par exemple, le *Victoria General Hospital* possède un centre du cancer où l'on traite les tumeurs malignes au moyen de la bombe au cobalt. On y trouve également des services de neurochirurgie et de chirurgie cardiovasculaire.

Hygiène mentale

Les services d'hygiène mentale se divisent en trois parties.

Le *Nova Scotia Hospital* est avant tout un centre de traitement actif, qui compte environ 530 malades à demeure. On y admet approximativement 1,500 malades par année. Les soins y sont gratuits pour les malades qui ont besoin de traitement actif.

En vertu du programme local d'hygiène mentale, on se propose de mettre sur pied 10 centres d'hygiène mentale dans la province. En 1961, sept centres fonctionnaient déjà, où travaillaient un ou plusieurs psychiatres et du personnel auxiliaire. Ces centres relèvent d'un conseil local d'administration, même si environ 90 p. 100 des fonds proviennent du ministère provincial de la Santé.

Huit hôpitaux municipaux pour malades mentaux reçoivent les malades mentaux chroniques. La Province paie 50 p. 100 du coût net des traitements, pourvu que l'hôpital réponde aux normes approuvées. En 1961, il y avait quatre hôpitaux accrédités et 70 p. 100 des malades s'y trouvaient. Le plus petit hôpital municipal accueille à peu près 60 malades, et le plus grand, 500.

Rééducation

La rééducation médicale en vertu du régime d'assurance-hospitalisation se fait au *Nova Scotia Rehabilitation Centre,* au service de physiothérapie du *Victoria General Hospital* et dans les hôpitaux généraux qui possèdent des services de physiothérapie. Le programme provincial de rééducation professionnelle organisé au sein du ministère de la Santé, sous la direction du coordonnateur provincial, est intégré à ceux de divers organismes qui possèdent des services de rééducation physique et professionnelle ou des services de réadaptation sociale pour les personnes handicapées. La Division ne paie pas les frais des services individuels de traitement mais, dans certains cas choisis, peut voir à l'entretien de malades dont les perspectives de guérison sont favorables et qui reçoivent des traitements dans les consultations externes. Le ministère de l'Éducation travaille en collaboration étroite avec la Division, de même qu'avec le Service national de placement.

En Nouvelle-Écosse, 30 organismes publics ou bénévoles fournissent les services nécessaires. La fondation du *Nova Scotia Rehabilitation Council* est le fruit de leurs efforts collectifs. Ce Conseil fait fonction d'organisme consultatif et se charge de la coordination. Il administre en outre le *Nova Scotia Rehabilitation*

Centre, qui compte 20 lits pour malades hospitalisés, de même qu'un service important pour malades externes et un centre de prothèses et d'appareils de soutien.

Plusieurs organismes bénévoles, dont la *Nova Scotia Society for Crippled Children* et la Fondation canadienne contre la poliomyélite s'occupent activement de rééducation. Le régime d'assurance-hospitalisation de la Nouvelle-Écosse comprend la rééducation physique des malades hospitalisés et des malades externes, dans le service de physiothérapie du *Victoria General Hospital* d'Halifax. Cet hôpital offre aussi les services de travailleurs sociaux. Le *Nova Scotia Rehabilitation Centre* d'Halifax offre des services complets de rééducation pour les adultes et les enfants handicapés. Les services externes sont ses plus importants. Il possède 20 lits pour malades hospitalisés et un personnel de médecins, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de psychologues, de travailleurs sociaux et de conseillers en orientation.

Le *Children's Hospital* d'Halifax offre des soins spécialisés aux enfants qui souffrent de difformités physiques et de certaines maladies chroniques. Des consultations externes pour divers groupes de personnes handicapées existent à l'hôpital, de même qu'à la *Halifax Infirmary.* La *Nova Scotia Society for Crippled Children* possède une consultation itinérante de diagnostic et des services de consultation pour les régions périphériques. Le *Nova Scotia Brace and Appliances Centre,* d'Halifax, qui fonctionne en tant que Division du *Nova Scotia Rehabilitation Council,* fournit les supports, les attelles et les chaussures orthopédiques. Le coût des appareils, dans le cas des indigents, est défrayé par des organismes privés, ou par le ministère de la Santé en vertu du *Medical Rehabilitation and Crippled Children's Grant.* Le ministère de la Santé a aussi conclu avec le ministère fédéral des Affaires des anciens combattants les ententes nécessaires pour diriger les malades vers le centre prothétique du *Camp Hill Hospital,* qui fournit ses services au prix coûtant.

Le coordonnateur de la rééducation a mis au point un système de dépistage et de renvoi des malades aux spécialistes, système en vertu duquel les personnes handicapées peuvent bénéficier de services d'orientation, de rééducation professionnelle et de placement. Trois conseillers en rééducation affectés à la lutte contre la tuberculose dispensent aussi des services sur place, sous la direction du coordonnateur de la rééducation. Une équipe d'évaluation médicale, formée d'un spécialiste en pathologie interne et d'un physiatre, examine toutes les demandes d'assistance et obtient, dans certains cas, des rapports de médecins spécialistes consultants. D'étroites relations existent entre le Service national de placement et le ministère de l'Éducation.

La *Nova Scotia Society for Crippled Children* coordonne le travail des clubs philantropiques locaux et des autres organismes qui s'occupent de procurer aux enfants mentalement ou physiquement handicapés l'évaluation médicale, le traitement, les appareils orthopédiques, une aide personnelle et des services auxiliaires, et tient le *Crippled Children's Central Register.* Elle a à son service un travailleur sur place de même qu'une infirmière-hygiéniste qui organise des centres

temporaires de diagnostic dans les petites villes, et s'occupe d'envoyer aux hôpitaux et aux centres permanents d'Halifax les malades qui ont besoin d'évaluation et de traitements plus poussés. Vingt-six cliniques étaient prévues pour 1961.

Deux thérapeutes des troubles de la parole dispensent aussi leurs traitements dans toute la province. La Société possède, en outre, des services d'orientation, des services de transport et un camp.

Un certain nombre de commissions scolaires ont des classes auxiliaires spéciales pour les arriérés mentaux et les enfants physiquement handicapés. La Province administre la *Nova Scotia Training School,* à l'intention des enfants gravement arriérés.

Les enfants sourds fréquentent l'École interprovinciale pour les sourds, à Amherst. De leur côté, les enfants aveugles vont à l'École d'Halifax pour les aveugles.

La Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme, division de la Nouvelle-Écosse, donne des traitements dans quatre centres et possède des unités mobiles de physiothérapie dans trois autres. Elle a une clinique de l'arthrite à Halifax.

L'Institut national canadien pour les aveugles a des secrétaires sur place dans plusieurs régions où il offre des services locaux. Le *Victoria General Hospital* possède un service du glaucome.

Cinq centres municipaux d'hygiène mentale et un psychologue du ministère du Bien-être social se chargent de l'évaluation des cas, dans le domaine de l'arriération mentale. La *Nova Scotia Association for Retarded Children* fournit certains services éducatifs par l'entremise de ses huit filiales.

Le *Nova Scotia Rehabilitation Centre* donne des traitements à long terme aux paraplégiques et aux hémiplégiques. L'Association canadienne des paraplégiques, division de la Nouvelle-Écosse, emploie un spécialiste en rééducation.

La Fondation canadienne contre la poliomyélite et pour la rééducation, chapitre de la Nouvelle-Écosse, offre une foule de services auxiliaires aux personnes ayant déjà souffert de poliomyélite et aux personnes handicapées. Elle possède un atelier protégé, coinjointement avec la *Junior League,* à Halifax.

Les autres groupes qui s'occupent de rééducation comprennent l'Association antituberculeuse canadienne, l'Association canadienne pour la santé mentale, l'Association contre la paralysie cérébrale, la Fondation contre la fibrose kystique, la Croix-Rouge canadienne et divers clubs philanthropiques.

Soins à domicile

Un programme de soins à domicile existe en Nouvelle-Écosse, dans les régions desservies par les infirmières de l'Ordre de Victoria.

Toutefois, dans les cas d'urgence, les infirmières-hygiénistes donnent des soins à domicile. Elles conseillent aussi les membres de la famille du malade,

afin qu'ils puissent faire face aux problèmes infirmiers qu'ils rencontreront à l'occasion.

Programmes de bien-être

Le ministère du Bien-être social administre l'argent qui sert à verser des allocations à diverses catégories de personnes, notamment aux mères nécessiteuses. Les municipalités paient les frais de l'assistance sociale à leurs citoyens et le Ministère leur rembourse les deux tiers de ces frais et la moitié du coût de l'administration des fonds qui servent à fournir cette assistance.

Les vieillards reçoivent des soins dans des foyers municipaux ou des foyers de comté, dans des établissements administrés par des organismes religieux ou laïcs et dans des pensions privées. La Province rembourse à la municipalité les deux tiers du coût de l'entretien des nécessiteux dans les foyers municipaux, pourvu que ces derniers respectent certaines normes relatives aux soins et au logement. Les foyers pour vieillards qui reçoivent de l'aide du gouvernement provincial sont soumis à une inspection par des représentants de la Province.

Dans les agglomérations populeuses, les services locaux d'aide à l'enfance, y compris les services aux mères célibataires et les services d'adoption, sont administrés par les sociétés locales d'aide à l'enfance, tandis que la Province s'occupe de ces services dans les autres régions. Les frais de l'entretien des enfants confiés aux soins d'organismes bénévoles ou publics sont payés en partie par la municipalité où habitent les enfants, et en partie par la Province.

La Nouvelle-Écosse possède un programme à l'intention des femmes qui touchent des allocations aux mères nécessiteuses, des personnes à leur charge et des bénéficiaires d'allocations aux aveugles. En vertu de ce programme, elle paie les frais des services médicaux pour toutes ces personnes, après une enquête sur leurs ressources financières. Elle leur assure les services chirurgicaux mineurs et majeurs et les services d'obstétrique, et paie les visites des médecins à l'hôpital. Le programme de soins médicaux pour les malades nécessiteux fonctionne en vertu d'une entente entre la province et l'association médicale, et les indigents peuvent en bénéficier en présentant une carte d'identité. La Province verse une somme mensuelle, pour le compte des bénéficiaires, à un fonds administré par *Maritime Medical Care* au nom de la *Medical Society of Nova Scotia*. Les comptes des assistés sont proportionnels à l'argent disponible pour les paiements. Tous les autres bénéficiaires de l'assistance publique, y compris les chômeurs, reçoivent les soins nécessaires, à la discrétion de la municipalité où ils vivent. La Province se charge des soins aux personnes de passage ou aux malades nécessiteux sans domicile.

Les sociétés locales d'aide à l'enfance peuvent créer un fonds en fidéicommis pour les soins médicaux, et y verser une certaine somme pour chaque enfant dont elles ont la garde. Chaque société, en collaboration avec l'association médicale locale, administre le régime, qui comprend tous les services médicaux à l'exception des soins hospitaliers.

Commentaires recueillis dans la province

L'une des personnes, qui nous ont fait des commentaires, écrit:

Je crois qu'il est important de souligner que les conditions qui existent ailleurs au Canada sont loin de ressembler a celles qui existent en Ontario. En Ontario, comme vous le savez, les titres n'ont pas la même signification qu'ailleurs. Si on jette un coup d'oeil sur l'organigramme du ministère de la Santé, on peut s'imaginer que le directeur (ou la directrice) des infirmières-hygiénistes possède un personnel d'infirmières-hygiénistes réparti dans toute la province, alors qu'en réalité, il semble que le directeur des infirmières-hygiénistes ne joue que le rôle de consultant auprès des unités sanitaires municipales. Je pourrais énumérer d'autres différences, mais je suis sûr qu'il n'est pas nécessaire de vous les signaler.

Nous sommes évidemment tout à fait d'accord avec votre recommandation selon laquelle les services d'hygiène publique devraient relever d'unités sanitaires régionales. Cependant, la création de telles unités sanitaires serait presque sans utilité, à moins qu'un organisme provincial ayant l'autorité voulue n'assure l'uniformité des principes directeurs, des salaires, etc. L'élément le plus important, pour en arriver à ce résultat, est évidemment d'ordre financier. Si on laissait les différentes régions de la province s'occuper seules de la mise sur pied d'unités sanitaires régionales, sans direction et sans assistance financière provinciales, il est probable que la situation ne s'améliorerait guère. En dépit de ce qu'on peut dire contre la faiblesse née de l'uniformité, en général, bien des facteurs militent en faveur d'un régime d'hygiène uniforme à l'échelle provinciale, étant donné que la maladie ne semble pas se soucier des unités sanitaires ou des frontières municipales.

Je suis évidemment d'accord, quand vous proposez que les villes et les grandes municipalités créent leurs propres unités sanitaires. Ici encore, il est nécessaire d'intégrer ces initiatives au régime provincial, et une fois de plus, le seul élément qui semble produire de l'effet dans une telle situation, c'est l'assistance financière. Une politique générale doit aussi être établie et acceptée par toutes les unités, avant que cette assistance ne soit accordée.

Je constate que la façon de voir les choses, en Ontario, se fonde presque entièrement sur le principe que les pouvoirs locaux doivent exercer une grande part de l'autorité en ce qui concerne les programmes locaux. Cependant, je n'ai pas une opinion objective sur le sujet, puisque nous croyons posséder un régime satisfaisant d'hygiène publique, bien que la représentation locale y soit réduite au minimum, c'est-à-dire aux conseils municipaux d'hygiène publique. Nous nous proposons de tenter d'intéresser davantage ces conseils au régime...

Une autre personne écrit:

La plupart des difficultés que vous mentionnez pourraient, à mon avis, se retrouver dans presque toutes les provinces canadiennes.

Comme premier jalon, j'estime que le régime d'hygiène publique le plus efficace est celui qui est administré en vertu de lois provinciales par des fonctionnaires provinciaux, dont le salaire provient entièrement du Trésor provincial. En ce domaine, les démarches entreprises ont donné des résultats bien quelconques, en ce qui concerne les conseils locaux d'hygiène publique. Quelques villes ont adopté des règlements, mais dans l'ensemble, la situation n'est pas très bonne. Les conseils locaux d'hygiène se sont avérés très peu disposés à faire appliquer les règlements. La *Loi sur l'hygiène publique* amendée et unifiée (qui a reçu la sanction royale le 13 avril 1962) constituait un apport très important à l'hygiène publique en Nouvelle-Écosse. Cette loi a statué d'un façon heureuse sur plusieurs de nos problèmes sanitaires. En outre, les conseils d'hygiène publique de district ont été abolis

et remplacés par des conseils municipaux. Le directeur d'une unité sanitaire est le médecin-hygiéniste et l'agent exécutif de chaque conseil municipal. Les conseils municipaux d'hygiène publique peuvent nommer, s'ils le désirent, un autre médecin-hygiéniste à temps partiel ou à plein temps. Dans l'exercice de mes fonctions actuelles, je m'occupe directement des problèmes d'hygiène, au lieu d'être obligé d'agir par l'intermédiaire des conseils de district et à titre de simple consultant. La loi veut que la majorité des membres des conseils municipaux d'hygiène (mais non tous) soient membres du conseil civique de la municipalité qui les a nommés. Ce n'est que cette année que plusieurs de nos conseils municipaux ont décidé de nommer certains de leurs membres à leurs conseils d'hygiène respectifs. J'ai eu nettement l'impression, au cours de mes entretiens avec plusieurs greffiers municipaux, qu'ils ne veulent pas de représentants non élus parmi les membres de leurs conseils. Je souligne ce point pour démontrer que nous avons beaucoup de chemin à faire dans ma région, avant de pouvoir organiser des conseils municipaux d'hygiène dont les membres s'intéresseront vraiment à leur travail. Étant donné que leurs écoles leur coûtent de plus en plus cher, il semble que les municipalités aient des obligations financières trop lourdes pour s'intéresser réellement à quelque programme d'hygiène que ce soit, ou pour y consacrer des sommes appréciables.

Notre régime a été une réussite à bien des égards. Nous avons un hygiéniste dentaire qui a été très bien accueilli. L'année dernière, nous avons mis sur pied un centre d'hygiène mentale pour desservir notre région. Notre campagne de lutte contre la tuberculose a été très fructueuse. Le fléau des maladies vénériennes a été endigué d'une manière satisfaisante, et je dois dire que les rapports confidentiels des médecins sur les malades et les personnes avec qui ces derniers ont été en contact intime ont été faits assez assidûment. J'estime que ceci est dû en partie aux bonnes relations qui existent entre les médecins locaux et moi. Notre programme d'hygiène scolaire s'est modifié au cours des dernières années. Nous avons maintenant à notre service une infirmière auxiliaire diplômée qui se charge de faire les tests de la vue, les tests audiométriques, etc. J'entrevois pour bientôt le jour où l'infirmière-hygiéniste consacrera la presque totalité du temps qu'elle passera dans les écoles à donner des conseils. Je désire ajouter que l'infirmière auxiliaire diplômée rend de précieux services lors des séances d'immunisation et dans les dispensaires antituberculeux; elle fait aussi des visites à domicile sous la surveillance de l'infirmière-hygiéniste. Évidemment, ce n'est que cette dernière qui fait les visites importantes, par exemple les visites prénatales.

J'ai le sentiment que nous avons un bon programme d'hygiène infantile et maternelle, mais, comme dans d'autres régions, les visites postnatales à domicile ne se font pas assez tôt. Il nous faudra créer un programme de visites à l'hôpital afin de combler cette lacune. De nouveaux bureaux pour les infirmières s'ouvriront bientôt dans deux hôpitaux. On est en train de tracer les plans de l'un et d'aménager l'autre. Nous aurons, par ce moyen, des services sur place que nous devrons utiliser au maximum. Nos infirmières sont encore d'avis que les médecins ne leur envoient pas assez de malades, notamment dans le cas des cours prénataux et des problèmes domestiques particuliers. En résumé, un programme efficace d'hygiène maternelle et infantile doit reposer sur de bonnes relations professionnelles avec les médecins et les hôpitaux. La surveillante des soins infirmiers de mon service et moi-même sommes d'avis qu'il serait souhaitable qu'une infirmière-hygiéniste visite régulièrement chaque hôpital, et avec l'entière collaboration du personnel hospitalier, se renseigne sur place au sujet des personnes qui ont des problèmes domestiques particuliers ou dont le cas exige des visites précoces. J'estime, de plus, que l'infirmière-hygiéniste pourra compter sur une plus étroite collaboration de la part des médecins, une fois que nous aurons organisé dans toute la province un service de soins infirmiers (qui comprendra un programme modifié de soins aux malades alités). Avant que nous puissions étudier définitivement ce dernier projet, il importe que l'infirmière auxiliaire autorisée soit complètement intégrée à nos équipes des unités sanitaires.

La Commission des hôpitaux de la Nouvelle-Écosse a divisé la province en neuf districts hospitaliers. Celui de mon unité sanitaire compte trois hôpitaux et emploie un radiologue à plein temps. Nous nous proposons d'engager aussi un pathologiste à plein temps, aussitôt que la construction en cours sera terminée. Ce qui nous manque le plus à l'heure actuelle, c'est un oto-rhino-laryngologiste.

Le coordonnateur de la rééducation est un employé du ministère de la Santé; cet aspect des services d'hygiène ne présente donc pas de problèmes. Nous sommes, en outre, en contact suivi avec les sociétés d'aide à l'enfance.

La recommandation de créer un organisme régional d'hygiène qui grouperait les hôpitaux, les services d'hygiène publique, les services de rééducation et les services à domicile est des plus intéressantes. Elle représente sans aucun doute la solution idéale.

J'aimerais maintenant résumer la situation:

1. Je suis d'avis que le programme d'hygiène publique le plus efficace est celui qui est administré, en vertu d'une loi provinciale, par des fonctionnaires rémunérés entièrement à même les fonds du Trésor provincial.
2. Il faut poursuivre nos efforts afin de susciter plus d'intérêt quant à l'établissement de programmes d'hygiène "locaux".
3. Il faut d'abord établir des relations plus étroites entre les services d'hygiène et les hôpitaux. A cette fin, les diverses commissions hospitalières provinciales pourraient être très utiles.
4. Il faut intégrer totalement les services de l'infirmière auxiliaire diplômée aux programmes d'hygiène publique, et cela aussitôt que possible. La pénurie d'infirmières-hygiénistes existe toujours.
5. L'unité sanitaire devrait fournir des services généraux. Les relations professionnelles avec les médecins deviendraient, par le fait même, plus efficaces.
6. Il faudrait prévoir un genre quelconque d'organisation régionale des services d'hygiène.

Un troisième correspondant nous a écrit:

Le personnel médical dans les hôpitaux

Il doit certes y avoir de la coordination et de la coopération entre les autorités hospitalières et les services d'hygiène à tous les paliers. Cela est essentiel.

Dans notre province, nous avons établi, croyons-nous, le plus haut degré de coopération possible, compte tenu du fait que les questions hospitalières relèvent d'une commission complètement séparée du ministère de la Santé.

Je souligne le fait qu'il est possible, et même très pratique, d'établir des relations et une coopération étroites entre le ministère de la Santé publique et la commission dite "indépendante."

Je ne puis affirmer que la pénurie de spécialistes diplômés en dehors des grandes agglomérations pose un problème. En fait, nous avons un nombre raisonnable de spécialistes, notamment de chirurgiens, dans les petits centres urbains. J'ajouterai que, depuis quelque temps, plusieurs spécialistes en pathologie interne se sont dirigés vers ces centres. Le nombre des pédiatres est encore quelque peu insuffisant.

Je n'ai pas vérifié les données récentes, mais il y a quelques années, la Nouvelle-Écosse tenait le premier rang au Canada quant au pourcentage des hôpitaux accrédités. Nous en étions arrivés là en dépit du fait que nous avions un grand nombre de petits hôpitaux. Je ne pense pas qu'il soit tout à fait impossible, ni même très difficile pour un hôpital de recevoir l'accréditation, même si cet hôpital est plutôt petit.

Dans notre province, nous avons un système hospitalier régional et nous croyons qu'à cause de cela et d'autres facteurs, les spécialistes sont attirés vers nos hôpitaux régionaux.

Du point de vue du spécialiste, le principe d'accorder une avance d'honoraires plus des honoraires pour les services rendus est très bien fondé. Nous procédons ainsi pour les radiologistes et les pathologistes. Certes, nous ne pouvons ni ne devons nous attendre d'avoir des spécialistes ailleurs que dans les hôpitaux régionaux. Dans nos hôpitaux locaux, c'est-à-dire dans les hôpitaux qui sont des établissements auxiliaires par rapport aux hôpitaux régionaux, nous avons besoin avant tout d'avoir des omnipraticiens ayant reçu une bonne formation. Évidemment, nous avons également besoin d'omnipraticiens compétents dans nos centres régionaux.

Le personnel infirmier dans les hôpitaux

Nous avons constaté que nous avions encore besoin de plus nombreuses infirmières ayant reçu une formation professionnelle spécialisée qui les prépare à occuper des postes de surveillance dans les hôpitaux et à enseigner dans les écoles d'infirmières. Il va de soi que les écoles d'infirmières devraient toujours être rattachées aux hôpitaux régionaux. Nous sommes d'avis que la formation d'infirmières auxiliaires diplômées devrait se continuer et s'accroître.

Il ne fait pas de doute que le plus important obstacle au recrutement d'infirmières pour les régions rurales éloignées est le manque d'hommes et de divertissement. Nous nous efforçons de compenser cette lacune en offrant des allocations d'isolement, mais le noeud du problème n'est pas d'ordre pécuniaire et je doute que nous ayons obtenu beaucoup de succès en accordant des allocations additionnelles.

Autre personnel dans les hôpitaux

Nous avons comme principe de placer les services psychiatriques, les centres de rééducation fonctionnelle, les laboratoires régionaux, etc., dans les hôpitaux régionaux. Nous constatons que grâce à ce principe, nous commençons lentement à attirer des physiothérapeutes, des diététiciennes, des pharmaciens, etc., vers ces hôpitaux.

Les techniciens dans les hôpitaux

A l'heure actuelle, nous avons un surplus de techniciens en radiologie.

Il y a une pénurie importante de laborantins. Dans notre province, c'est la Commission qui veille à la formation de tout le personnel hospitalier. Cela veut dire que la Commission, par l'entremise du comité de la formation du personnel, voit à la formation de laborantins qui seront employés dans les hôpitaux publics. Grâce à la collaboration du ministère de la Santé publique, nous nous assurons que ces stagiaires suivent leur cours didactique de six mois dans les laboratoires centraux, à Halifax. Les douze autres mois de leur cours consistent en travail pratique, dans des hôpitaux régionaux choisis où il y a un pathologiste. Nous sommes en train de former, à l'heure actuelle, une soixantaine de laborantins qui iront travailler dans les hôpitaux régionaux et dans les laboratoires.

Il y a quelques années, nous avons institué un programme de formation qui conduit au grade de bachelier ès sciences, spécialisé en biologie médicale. Ce cours se donne à l'Université Saint-François-Xavier, à Antigonish, avec la coopération de l'hôpital régional de cette ville et grâce aux subventions nationales à l'hygiène. Le ministère de la Santé et la Commission de l'assurance-hospitalisation participent à cette initiative conjointe. On en attend beaucoup.

L'utilisation des lits dans les hôpitaux

Dans notre province, nous constatons qu'il y a une pénurie relative de lits pour traitement actif, notamment dans certaines régions. Il existe une pénurie de lits pour traitement actif

à long terme. Nous ne nous attendons pas à pouvoir faire disparaître cette pénurie, étant donné que le programme fédéral de subventions à la construction d'hôpitaux n'est pas adapté à nos besoins. Voilà, sans contredit, ce qui contrecarre le plus notre plan d'ensemble visant à l'établissement d'un système intégré et coordonné d'hôpitaux dans la province.

Un autre élément qui ralentit nos efforts est le manque de lits dans les foyers pour convalescents. Notre province a assurément un grand besoin de lits de cette sorte. Nous sommes d'avis qu'en général, ces lits devraient être sous la surveillance du ministère de la Santé.

Foyers pour vieillards

Je pense que ces établissements devraient d'abord relever des services de bien-être social, mais que des relations devraient certainement s'établir entre eux et le ministère de la Santé.

Ambulances

Je crois que bientôt, il nous faudra étudier de plus près la question des services d'ambulances. Je suis d'accord avec votre principe général à l'effet qu'il n'est pratique de fournir des services hospitaliers vraiment complets qu'à l'hôpital régional. Cela veut dire que les malades seront envoyés des hôpitaux locaux aux hôpitaux régionaux, ou qu'ils seront même admis directement dans les hôpitaux régionaux.

Les soins infirmiers à domicile

Je ne crois pas que ces services devraient être axés sur un hôpital. Ils devraient relever du ministère de la Santé. Certes, le médecin-hygiéniste local et l'hôpital devront être en relations suivies. Cela devrait se faire par l'entremise du travailleur médico-social.

Commentaires généraux

Votre "unité régional" dépend de l'étendue et de la population de la province. En Nouvelle-Écosse, j'entreverrais une "région" qui serait la province entière. Cela devrait être satisfaisant, dans le cas d'une population d'environ trois quarts de million d'âmes.

Je m'opposerais à ce que la Commission hospitalière devienne une partie d'un corps administratif plus important... Je suis un adepte convaincu de l'administration par une commission, dans le cas des hôpitaux. La Commission de planification des services hospitaliers a étudié à fond la question de l'administration par une commission, par opposition à l'administration par le ministère de la Santé. Quinze organisations et sociétés ont soumis des mémoires sur le sujet. Une seule recommandait sans réserve que le plan soit administré par le ministère de la Santé publique.

Je m'opposerais très certainement à cette forme d'administration, même pour le bien-être social. A mon sens, ce serait là une tentative de simplification à outrance qui aboutirait à une centralisation dans laquelle l'administration s'enliserait, sinon à la stagnation pure et simple.

L'idée des conseils régionaux est très intéressante. Je sais ce que vous voulez, mais dans le court délai que vous m'avez accordé pour étudier la question, je n'ai pu arriver à me convaincre que vous atteindrez votre but avec un organisme hétérogène aussi important. Je pense qu'il formerait un bon groupe de discussion, où les participants seraient cependant trop nombreux, mais je ne puis le concevoir comme un instrument bien efficace. Vous pourriez y ajouter un petit groupe exécutif. Même alors, quels seraient les pouvoirs de cet organisme?

NOUVEAU-BRUNSWICK

Hygiène publique

Organisation

En vertu de la Loi sur l'hygiène publique, la province se divise en six régions sanitaires. Chaque région a son médecin-hygiéniste, qui est un employé du gouvernement provincial. Elle se subdivise en districts, et le district couvre le même territoire que le comté. Chaque district sanitaire possède un conseil de l'hygiène auquel incombe la responsabilité d'assumer certains services. Le conseil de l'hygiène du district sanitaire est composé comme il suit: quatre membres désignés par les conseils municipaux et un membre nommé par le lieutenant-gouverneur en conseil. D'autres membres sont désignés par les diverses villes, proportionnellement à leur population. Le bureau de chaque district sanitaire local a son secrétaire permanent, qui s'occupe du travail de bureau et de l'administration et qui tient les registres de la statistique démographique. La région la plus étendue est divisée en quatre sous-districts, dont chacun a son conseil de l'hygiène. Le médecin-hygiéniste régional est le président de tous ces conseils de sous-district. La plupart des régions ont au moins deux sous-districts.

Les fonctions des conseils de l'hygiène comprennent la déclaration des maladies contagieuses, l'assainissement du milieu, le contrôle de la qualité des approvisionnement d'eau et de lait, la lutte contre les maladies contagieuses, et l'inscription de la statistique démographique. Les conseils nomment les inspecteurs sanitaires, les sous-registraires adjoints et le personnel auxiliaire.

Le médecin-hygiéniste principal dirige le travail des six médecins-hygiénistes régionaux. Les infirmières-hygiénistes sont sous la surveillance du directeur des soins infirmiers en hygiène publique. Malgré la création des régions sanitaires, la plus grande partie de la responsabilité en matière d'hygiène publique incombe au gouvernement provincial. Les médecins-hygiénistes et les infirmières sont employés par le gouvernement provincial, les autres membres du personnel sont engagés par les bureaux locaux.

Salubrité

Le ministère de la Santé a une division du Génie sanitaire, qui fournit aux inspecteurs sanitaires des régions un service de surveillance et de consultation en matière de tout-à-l'égout, d'assainissement des ruisseaux, de pasteurisation du lait et d'approvisionnement d'eau et de produits alimentaires. Les inspecteurs locaux des régions sanitaires sont chargés de l'inspection locale des approvisionnements d'eau et des systèmes de tout-à-l'égout et surveillent la manipulation des aliments.

Lutte contre les maladies contagieuses

C'est aux districts qu'incombe l'inscription des cas de maladies contagieuses et l'institution des mesures d'isolement et de quarantaine exigées par la loi. Le

Ministère prête assistance aux médecins-hygiénistes régionaux et aux bureaux de santé, pour ce qui est des problèmes épidémiologiques, et il fournit gratuitement les produits biologiques essentiels.

La Division de la lutte contre les maladies contagieuses s'occupe du programme d'immunisation. Les immunisations essentielles sont données par les médecins-hygiénistes et les infirmières-hygiénistes, pendant la première année de vie de l'enfant. Le programme d'immunisation s'étend aux enfants d'âge préscolaire et aux écoliers.

Lutte contre les maladies vénériennes

A Saint-Jean, il y a un dispensaire antivénérien où les conseils, les examens et le traitement sont gratuits. Ailleurs, ce sont les médecins independants qui fournissent ce service. La pénicilline et des substances antibiotiques semblables sont fournies gratuitement, pour le traitement de tous les malades, par la Division de lutte contre les maladies contagieuses. En plus, la Division accorde des subventions aux médecins pour le traitement des indigents. L'orsqu'un cas de maladies vénérienne est signalé, on recherche les personnes qui ont été en relations intimes avec le malade. Le médecin-hygiéniste et les infirmières-hygiénistes des diverses régions prêtent leur concours à cet effet.

Lutte antituberculeuse

Les infirmières fournissent de l'aide à dix dispensaires antituberculeux. Chez les enfants on fait le test de cuti-réaction; on visite à domicile les malades et les personnes qui ont été en relations intimes avec eux. Il y a onze consultations de diagnostic, dans des endroits commodément accessibles; elles sont dirigées par les médecins-hygiénistes régionaux, par la Division antituberculeuse avec l'aide de membres du personnel des sanatoriums, et par des médecins consultants régionaux spécialisés dans le domaine de la tuberculose.

En plus, la Division a mis sur pied, dans 14 hôpitaux, des services de radiographie où l'on examine tous les malades après leur admission. De concert avec le *New Brunswick Tuberculosis Central Registry and Film Development Centre*, de Saint-Jean, on fait des études radiographiques en masse. Afin de faciliter le dépistage de la tuberculose dans le nord de la province, on a désigné un spécialiste en tuberculose pour cette région.

Il y a quatre sanatoriums, dont un appartient à la Province. Ils sont tous sous la surveillance du directeur de la lutte antituberculeuse, pour ce qui est du traitement. Dans ces sanatoriums, le traitement est gratuit pour tous les tuberculeux de la province.

Les médecins-hygiénistes et les infirmières-hygiénistes consacrent une grande partie de leur temps à du travail auprès des tuberculeux. Les infirmières régionales font des études radiographiques en masse et des intradermo-réactions, ces dernières dans le cas des écoliers. Ceux qui ont une réaction positive sont radiographiés par la suite. Il existe un service itinérant de radiographie, administré conjointement

par l'Association antituberculeuse du Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé. Le vaccin B.C.G. est fourni dans certains cas choisis.

Dans chaque sanatorium, il y a des membres du personnel qui relèvent du directeur de la rééducation et qui donnent des cours d'instruction et de formation professionnelle aux malades, qu'ils s'occupent de placer après leur guérison. Ce servic est sous l'égide de l'Association anti-tuberculeuse du Nouveau-Brunswick, en collaboration avec le ministère de la Santé.

Hygiène maternelle et infantile

La Division de l'hygiène maternelle et infantile coordonne les services préventifs, dirige un programme de traitement, tient un registre des enfants infirmes et fournit des services pour ces enfants, en collaboration avec des organismes privés. Cette division dirige les services d'hygiène alimentaire de la Province et fournit un service consultatif, en matière d'alimentation, aux hôpitaux, aux écoles et à tous les organismes d'hygiène publique de la province qui ont des problèmes alimentaires à résoudre.

Les infirmières-hygiénistes donnent des cours prénataux et visitent les futures mères à domicile. Les infirmières de l'Ordre de Victoria visitent également les femmes enceintes. Il y a des visites post-hospitalières des nouveau-nés, et des conférences en pédiatrie.

Le Ministère prête son concours pour ce qui est de la fourniture de nouvel équipement, et donne des conseils quant à l'emploi des techniques modernes pour le soin des nouveau-nés dans les hôpitaux locaux. Il y a également un programme d'enseignement et de formation pour le perfectionnement du personnel spécialisé des services d'obstétrique. Un programme de réadaptation, pour les enfants et les adolescents de moins de 19 ans, fait partie du service d'hygiène maternelle et infantile.

Service d'hygiène scolaire

En 1958 une étude sur l'état physique et, en particulier, sur l'hygiène dentaire et alimentaire de plusieurs centaines d'enfants qui fréquentaient deux écoles rurales, fut entreprise conjointement par la Division de l'hygiène maternelle et infantile, la Division de l'hygiène dentaire, la Division de l'éducation physique du ministère de l'Éducation, et les médecins-hygiénistes intéressés. Les infirmières hygiénistes visitent chaque école de leur région à intervalles réguliers, afin d'y offrir des services de consultation.

Services dentaires dans les écoles

La fonction principale de la Division de l'hygiène dentaire concerne les services d'information et de consultation aux écoles. La division a encouragé la mise sur pied de dispensaires dentaires à Saint-Jean et à Moncton, et de dispensaires dentaires communautaires pour les enfants nécessiteux dans six autres agglomérations. Les hygiénistes dentaires sont sous la direction du directeur de l'hygiène

dentaire. Les dispensaires dentaires communautaires traitent les enfants nécessiteux, de l'âge préscolaire jusqu'à la troisième année. Les dentistes locaux assurent les services de ces dispensaires, pour le compte du Ministère, moyennant des honoraires convenus. Le Ministère subventionne également les programmes locaux de la ville de Moncton et du Bureau de santé du comté de Saint-Jean.

Services de laboratoire

Le laboratoire central de la Province est au *Saint John General Hospital,* et il y a des laboratoires régionaux dans quatre autres centres. Ces laboratoires fournissent des services de bactériologie, de biochimie, de sérologie et d'hématologie, de pathologie cellulaire et de recherche du facteur Rhésus. D'autres services de laboratoire sont fournis, au prix coûtant, aux hôpitaux et aux organismes d'hygiène publique.

En vertu du programme d'assurance-hospitalisation du Nouveau-Brunswick, les laboratoires provinciaux fournissent gratuitement leurs services à tous les malades hospitalisés qui sont des cotisants de ce programme, et font certains tests pour les malades externes.

Lutte anticancéreuse

La Division de la lutte anticancéreuse a établi des services de diagnostic gratuits dans six centres, auxquels le médecin peut envoyer ses malades. La Division assume les frais médicaux et chirurgicaux des cancéreux hospitalisés. Dans certaines circonstances, il y a des services gratuits de radiothérapie pour malades externes. Un service direct et gratuit est mis à la disposition des médecins, en ce qui concerne l'examen des spécimens de biopsie.

Les hopitaux et le programme d'assurance-hospitalisation

Selon les archives du ministère de la Santé, il y avait, le 31 décembre 1963, 39 hôpitaux publics généraux ayant un total de 3,608 lits. Ces hôpitaux sont administrés par des organismes laïques, religieux et municipaux.

Il y a deux hôpitaux provinciaux pour malades mentaux, l'un à Campbellton, dont la capacité théorique est de 759 lits, et l'autre à Lancaster, dont la capacité théorique est de 912 lits. De fait, il y a actuellement 1,950 lits dans ces deux hôpitaux psychiatriques.

Il existe quatre établissements pour tuberculeux. Ces établissements ont une capacité de 569 lits. Deux de ces hôpitaux sont administrés par des communautés religieuses, un par une municipalité et un autre par le ministère provincial de la Santé.

En plus des établissements précités il y a deux hôpitaux fédéraux, l'un à Lancaster, avec 400 lits, administré par le ministère des Affaires des anciens combattants, et l'autre à Camp Gagetown, avec 50 lits, administré par le ministère de la Défense nationale.

Le programme provincial de services hospitaliers, administré par la division des Services hospitaliers du ministère de la Santé, subventionne les hôpitaux pour les soins ordinaires donnés dans les salles publiques en vertu du programme fédéral-provincial.

La Division subventionne également la construction des hôpitaux, revise leurs plans et donne des conseils généraux sur leur administration.

En vertu de ce programme, dont le coût est défrayé à même le revenu des taxes les malades externes peuvent bénéficier des services suivants: le diagnostic et les traitements essentiels, certains tests de laboratoire et leur interprétation au bénéfice des médecins, des services de rééducation connexes à la physiothérapie, des services de réadaptation fonctionnelle et les soins d'urgence. Les indigents sont soignés aux frais de la municipalité où ils demeurent, ou aux frais de la province, dans le cas de ceux qui reçoivent une assistance spéciale du gouvernement.

Hygiène mentale

Il y a deux hôpitaux pour malades mentaux et cinq consultations permanentes d'hygiène mentale. Les malades y sont envoyés par les médecins, les infirmières-hygiénistes et les organismes bénévoles. Il existe une division provinciale de l'Association canadienne pour la santé mentale, qui coopère avec le ministère de la Santé provincial à l'enseignement de l'hygiène et aux travaux de recherche.

Rééducation

La Division de la rééducation fournit aux adultes infirmes un service complet; elle coopère avec les organismes de formation professionnelle et le Service national de placement pour offrir des services d'orientation, de formation professionnelle et de placement. Le directeur et coordonnateur de la rééducation, qui est le chef de la Division, collabore étroitement avec l'Association antituberculeuse du Nouveau-Brunswick, la Fondation canadienne contre la poliomyélite et pour la rééducation, section du Nouveau-Brunswick, et le *New Brunswick Coordinating Council for the Handicapped*. Ce dernier représente des organismes publics et bénévoles, et coordonne leur travail lorsqu'il s'agit de fournir des services comme le transport, les soins médicaux en dehors de la province, et d'autres services auxiliaires.

Le programme d'assurance-hospitalisation comprend le traitement des malades hospitalisés et certains services pour malades externes, dont la physiothérapie, qui sont maintenant établis dans quelques hôpitaux. Certains services de laboratoire et de radiographie pour malades externes, qui ne sont pas compris dans le programme, sont fournis par la Division de la rééducation. Deux hôpitaux s'appliquent possèdent des sections de service social. Les services de rééducation s'appliquent aux adultes de 19 ans ou plus auxquels ils peuvent rendre la possibilité de travailler ou de se donner à eux-mêmes les soins essentiels. Le programme de rééducation juvénile de la Division de l'hygiène maternelle et infantile pourvoit aux besoins de ceux qui ont moins de 19 ans, ce qui comprend le traitement des troubles visuels et auditifs.

A Fredericton, la Province dirige une consultation pour les enfants auxquels la poliomyélite à laissé des malformations. On y donne aussi des services de diagnostic et de traitement. Au *Victoria Public Hospital* attenant au dispensaire. on fournit des services chirurgicaux. Le *Forest Hill Rehabilitation Centre* de Fredericton, administré par une association privée, a 21 lits et s'occupe de rééducation physique et d'ergothérapie.

En plus des services de consultation externes offerts par les deux centres, les grands hôpitaux ont des services externes pour diverses catégories de malades. Moyennant rémunération, la province obtient des services prothétiques d'une entreprise commerciale, du ministère des Affaires des anciens combattants, de la consultation pour les victimes de la poliomyélite, et du *Forest Hill Centre*. Il y a cinq conseillers en rééducation qui, dans cinq régions différentes, procèdent à des évaluations et fournissent des services médicaux, des services de formation professionnelle et d'autres services de rééducation. Le conseiller de l'Association antituberculeuse du Nouveau-Brunswick collabore aux travaux de la division. Ces services ne sont offerts qu'aux personnes de 19 ans ou plus, qui n'ont pas les moyens de se les payer, mais auxquels ils permettront de trouver un emploi, et ainsi, de se rendre utiles. Le médecin consultant de la Division est le directeur du *Forest Hill Rehabilitation Centre*. La Division travaille en étroite collaboration avec le Service national de placement.

La Division de l'hygiène maternelle et infantile a un programme actif au bénéfice des enfants handicapés. Elle collabore étroitement avec la consultation pour les victimes de la poliomyélite, le *Forest Hill Centre*, le *New Brunswick Coordinating Council for the Handicapped*, la Division de la rééducation, et d'autres organismes de santé et de bien-être social.

Les sourds et les aveugles fréquentent respectivement la *School for the Deaf*, à Amherst, et la *Halifax School for the Blind;* ces deux établissements se trouvent en Nouvelle-Écosse.

Les infirmières de l'Ordre de Victoria donnent des soins dans dix agglomérations. La Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme organise des consultations à la *Poliomyelitis Clinic*, au *Forest Hill Centre* de Fredericton et à l'Hôpital Saint-Joseph, à Saint-Jean; la Société possède également deux dispensaires itinérants de physiothérapie. Périodiquement, l'Institut national canadien pour les aveugles tient des consultations spéciales d'ophtalmologie. Il a des secrétaires locaux dans cinq grandes villes, pour aider les aveugles. A Saint-Jean, il existe un dispensaire pour le traitement du glaucome. L'Association contre la paralysie cérébrale dirige des classes spéciales à Saint-Jean et à Moncton. La section de Saint-Jean de l'Association canadienne des diabétiques fournit certains services. Quelques associations locales de parents d'enfants arriérés ont, elles aussi, établi des services. La section du Nouveau-Brunswick de la Fondation canadienne contre la poliomyélite et pour la rééducation fournit de l'aide aux victimes de la poliomyélite et aux adultes infirmes en général. Le comité du Nouveau-Brunswick de l'Association canadienne des paraplégiques, division des Provinces maritimes, a un agent de rééducation.

Soins aux vieillards

Au Nouveau-Brunswick, il n'existe pas de programme spécial de services de santé pour cette partie de la population. En vertu de la Loi sur l'Assistance sociale, le ministère de la Jeunesse et du Bien-être social contribue à l'entretien des personnes nécessiteuses dans les foyers municipaux. Les foyers pour les vieillards sont sous la direction d'organismes municipaux, religieux ou privés et ne reçoivent pas d'appui financier direct de la Province. Les foyers appartenant à des organismes bénévoles ou à des particuliers doivent obtenir un permis, se soumettre à une inspection provinciale et répondre aux normes spécifiées dans les règlements établis aux termes de la Loi sur l'hygiène publique.

Programmes de bien-être

En plus des allocations aux mères nécessiteuses, le ministère de la Jeunesse et du Bien-être social partage avec les municipalités les frais du programme d'assistance générale. La Province rembourse chaque municipalité à raison d'un dollar par habitant, plus 70 p. 100 des dépenses supplémentaires d'assistance générale, et paie aussi 50 p. 100 des frais d'administration. En plus, elle exerce une surveillance sur les programmes municipaux.

Un réseau de sociétés locales d'aide à l'enfance, fonctionnant sous un régime d'autorité légale, s'occupe des services de bien-être de l'enfance, des services pour les mères célibataires et des services d'adoption. Les frais d'entretien des enfants confiés aux soins d'un organisme bénévole ou public sont payés en partie par la municipalité où réside officiellement l'enfant, et en partie par la Province.

QUÉBEC

Hygiène publique

Organisation

UNITÉS SANITAIRES

Les services locaux d'hygiène publique sont assurés, sauf dans les régions métropolitaines de Québec et de Montréal, par 73 unités sanitaires réparties par comté ou par groupes de comtés. Les unités relèvent directement du ministère provincial de la Santé. Leur programme est élaboré par l'autorité centrale, et leur personnel est nommé par la province. Les directeurs des unités peuvent toutefois se servir de leur propre initiative, dans la résolution de problèmes locaux. Le ministère de la Santé assume les frais d'administration de ces unités. Environ 10 p. 100 de ces frais sont remboursés par les municipalités, moyennant un impôt foncier spécial.

Chaque unité possède un médecin-hygiéniste permanent, et des médecins-hygiénistes adjoints à plein temps ou à temps partiel, lorsqu'elle en a besoin. Parmi les autres membres du personnel, on trouve des infirmières-hygiénistes, des

cliniciens spécialisés en tuberculose, des dentistes, des vétérinaires, des inspecteurs sanitaires, divers techniciens et des employés de bureau. Les programmes de l'unité sanitaire comprennent les soins infirmiers du service d'hygiène publique, des services d'hygiène maternelle et infantile et des services d'hygiène scolaires, des dispensaires antituberculeux, des services de salubrité, de diététique, d'hygiène dentaire et mentale, de lutte contre les maladies contagieuses et d'enseignement de l'hygiène. Chaque unité possède des installations modernes de radiographie.

Aux fins d'administration, les unités sanitaires ont été groupées en 8 districts.

SERVICES DE SANTÉ MUNICIPAUX

Les villes de Québec, Montréal, Westmount, Outremont, Montréal-Nord, Verdun et Ville-Mont-Royal ont leur propre service de santé à temps plein. A la fin de février 1963, sept autres municipalités de la région de Montréal avaient des services municipaux qui employaient des médecins-hygiénistes à temps partiel. Les bureaux d'hygiène municipaux, composés de conseillers municipaux, peuvent donner leur avis aux autorités des services de santé et aux autorités municipales, mais n'ont pas de pouvoir exécutif. Ce sont les médecins-hygiénistes qui détiennent ce pouvoir. Dans la pratique, le secrétaire-trésorier municipal ou le gérant prend lui aussi des décisions, au nom des autorités municipales.

A peu d'exceptions près, les revenus de service de santé municipal proviennent des taxes municipales, à part une certaine aide accordée à même les subventions fédérales-provinciales à l'hygiène, et la fourniture par la province de certains produits biologiques. La province détient le pouvoir de surveillance générale sur les services municipaux, surtout en ce qui concerne l'épidémiologie, la lutte contre les maladies contagieuses, les approvisionnements en eau, les systèmes de tout à-l'égout et l'enlèvement des immondices. Elle fournit également des services de consultation dans des domaines comme l'hygiène maternelle et infantile, l'hygiène mentale, l'alimentation, l'enseignement de l'hygiène et la salubrité du milieu.

SERVICES DE SANTÉ DANS LES AGGLOMÉRATIONS ISOLÉES

Le ministère provincial de la Santé fournit un service spécial pour les agglomérations des régions lointaines isolées et qui ne sont pas organisées en municipalités. Dans chaque agglomération, une infirmière-hygiéniste fournit les services d'hygiène publique et s'occupe également des soins médicaux d'urgence et de l'obstétrique. L'infirmière se conforme aux instructions du médecin le plus rapproché, qui donne à temps partiel des services médicaux et des services d'hygiène publique, moyennant des honoraires.

Salubrité

Les inspecteurs sanitaires des unités s'occupent de l'assainissement du milieu, y compris la production sanitaire de lait sur les fermes et sa manipulation dans les laiteries, la surveillance des dépotoirs, des abattoirs, des restaurants, des

écoles, des systèmes de tout-à-l'égout et des systèmes d'aqueduc. La Division du Génie sanitaire du ministère de la Santé a autorité complète en ce qui concerne les aqueducs, les usines de filtration de l'eau et l'assainissement des bains publics. Une équipe d'inspecteurs spéciaux, dirigée par un ingénieur, collabore étroitement avec les inspecteurs sanitaires des unités et des services de santé, en ce qui concerne la surveillance des usines de pasteurisation. L'inspection courante des restaurants et d'autres domaines de l'inspection sanitaire sont du ressort des unités sanitaires et des services de santé.

Lutte contre les maladies contagieuses

Les maladies contagieuses dont la déclaration est obligatoire sont signalées au ministère par les unités sanitaires et les services municipaux de santé. Le ministère fait des enquêtes épidémiologiques, examine les personnes qui ont été en contact avec les malades et celles que l'on soupconne d'avoir contracté la maladie épidémique, fait des visites à domicile et aux écoles et dirige des programmes d'immunisation. Les unités sanitaires et les services distribuent des produits biologiques pour la prévention et parfois pour le traitement des maladies contagieuses; ces produits sont fournis gratuitement par la province. Les mesures d'isolement et de quarantaine prescrites dans les règlements provinciaux sont appliquées localement.

La Division de l'épidémiologie est chargée de l'étude de la maladie en général et de la surveillance des cas de maladies contagieuses. Les personnes atteintes de ces maladies sont signalées au ministère par les unités sanitaires. La Division doit s'occuper de réunir et de préparer des renseignements, de dresser la statistique et de voir a l'immunisation de la population de la province. La Division fournit également des services d'information et de consultation aux unités sanitaires, et dirige la recherche dans le domaine de l'hygiène publique.

Services de laboratoire

Le laboratoire provincial se divise en trois sections: le laboratoire de microbiologie, le laboratoire de chimie et le laboratoire de sérologie.

Lutte antituberculeuse

Dans les grandes villes, des installations de dépistage ont d'abord été établies par des organismes indépendants. Par la suite, les ligues antituberculeuses, seules ou de concert avec les unités sanitaires, ont organisé des enquêtes radiologiques de grande envergure. Un comité provincial pour la prévention de la tuberculose, organisme bénévole de coordination qui ressemble aux filiales de l'Association antituberculeuse canadienne dans d'autres provinces, collabore avec le ministère de la Santé en ce qui concerne le dépistage, les examens en masse et un programme d'éducation du public. Le comité organise les campagnes des timbres de Noël, sauf a Montréal et à Québec où les ligues antituberculeuses ont leurs propres campagnes. Elles tiennent le comité provincial au courant des montants reçus.

Le ministère doit exercer une surveillance générale sur tous les programmes antituberculeux, tenir à jour un registre central des malades, nommer les directeurs médicaux des sanatoriums et surveiller les programmes antituberculeux des unités sanitaires. Les services de santé publique et les hôpitaux font un usage considérable du vaccin B.C.G. Entre 1945 et 1956, le pourcentage des nouveau-nés vaccinés s'est élevé à 40 p. 100. Un registre central des vaccinations au B.C.G. est tenu à jour; depuis 1927, on y a inscrit plus de 1,800,000 cas de tuberculose.

Les services antituberculeux pour malades externes, dans les grandes villes, ont le personnel et les installations nécessaires pour fournir des services complets de consultation et de dépistage de la tuberculose et d'autres maladies de la poitrine. Ces services sont soutenus par les associations antituberculeuses, qui travaillent en collaboration étroite avec les unités sanitaires. A part leur travail clinique, elles fournissent des services médicaux et sociaux, de même que du personnel infirmier pour découvrir et examiner les personnes qui ont été en contact avec les malades, surveiller les distributions de médicaments aux malades sur pied et rester en contact avec les personnes qui ont déjà souffert de tuberculose.

En dehors des grandes villes, ce sont les sanatoriums, les unités sanitaires et les associations antituberculeuses qui s'occupent du dépistage. On fait de nombreuses radiographies par l'intermédiaire des unités sanitaires. Des unités mobiles, bien équipées pour fournir des services de diagnostic et de consultation et dont le personnel comprend des cliniciens spécialisés en tuberculose, des infirmières et des techniciens, parcourent la province tout entière. Des programmes sont établis en collaboration avec les médecins-hygiénistes de district. Ces méthodes se sont révélées les plus utiles dans les régions rurales.

On utilise de plus en plus les consultations externes, dans les hôpitaux généraux, pour examiner les personnes souffrant d'affections pulmonaires, y compris la tuberculose. On a pu obtenir du matériel spécial de diagnostic grâce à des subventions à l'hygiène, destinées à soutenir les dispensaires pulmonaires de plusieurs hôpitaux de la province.

On est en train d'effectuer une enquête d'envergure provinciale, afin d'augmenter l'efficacité des centres intinérants, semi-itinérants ou permanents de lutte contre la tuberculose. On fait cette enquête par l'intermédiaire des médecins-hygiénistes de district, des directeurs de sanatoriums et du directeur provincial de la lutte antituberculeuse.

Lutte contre les maladies vénériennes

Il est obligatoire de signaler et de traiter les cas de maladies vénériennes. On insiste sur l'éducation du public en matière d'hygiène. La Division de la lutte contre les maladies vénériennes tente de découvrir et de surveiller les personnes qui ont été en relations intimes avec les malades. Un certain nombre de services externes, dans divers hôpitaux généraux, offrent gratuitement l'examen, le diagnostic et le traitement. Ils sont subventionnés par la province. La Division distribue gratuitement des antibiotiques et des médicaments aux dispensaires et

aux médecins indépendants, pour le traitement des malades. On paie aussi les honoraires des médecins qui soignent des malades indigents.

Hygiène maternelle et infantile

La Division de l'hygiène maternelle et infantile s'occupe de maintenir et d'améliorer la santé des mères et des enfants dans toute la province. Cette division collabore étroitement avec les autres services qui s'intéressent à la santé de la mère et de l'enfant, comme la Division des unités sanitaires de comté, la Division de l'épidémiologie et la Division de l'enseignement de l'hygiène. En termes généraux, on peut dire que la Division de l'hygiène maternelle et infantile offre des services de consultation aux organismes locaux de santé dans le domaine de l'hygiène maternelle et infantile (le programme d'hygiène prénatale, par exemple), et au Service de l'assurance-hospitalisation. L'infirmière-conseil visite régulièrement les pouponnières et les salles d'accouchement dans tous les hôpitaux généraux publics; elle donne des renseignements et des conseils au personnel infirmier, quant à la façon de soigner les mères et leurs nouveau-nés.

La formation du personnel est une partie très importante du programme. En 1955, la Division a organisé, en collaboration avec le service de pédiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine et de l'Hôpital Royal Victoria, une série de cours post-universitaires de huit semaines, pour les infirmières qui soignent les nouveau-nés et surtout les bébés prématurés; en plus, on donne à ces infirmières un cours théorique et pratique de quatre semaines sur l'asepsie à l'hôpital; ces cours ont lieu a l'Hôpital Sainte-Justine ou au *Montréal Children's Hospital.* Le ministère de la Santé a aussi contribué à l'organisation, à l'Institut Marguerite d'Youville, de cours postuniversitaires de huit mois sur les soins infirmiers en pédiatrie et en obstétrique.

Enfin, le ministère de la Santé a organisé des centres de contrôle des poisons un peu partout dans la province, et continue à diriger ces centres.

Hygiène alimentaire

Cette division est chargée de la direction scientifique de l'enseignement de l'hygiène alimentaire dans la province. La plus grande partie de l'enseignement et de l'éducation en hygiène est donnée par les infirmières-hygiénistes des unités sanitaires de comté; les hygiénistes alimentaires de la Division enseignent l'hygiène alimentaire à ces infirmières, leur donnent la formation nécessaire et les renseignent sur les progrès scientifiques réalisés dans le domaine de l'alimentation. De temps en temps, la division de l'hygiène alimentaire organise des cours de perfectionnement pour les infirmières-hygiénistes qui viennent d'être nommées à ce poste. Après avoir reçu leur diplôme de l'école d'hygiène, les infirmières-hygiénistes sont convoquées, par groupes de huit ou dix, à un cours pratique de deux semaines où on les forme à leur tâche d'éducatrices du public en matière d'hygiène alimentaire.

La division de l'hygiène alimentaire prépare et distribue le matériel d'enseignement et les autres publications spéciales qui ne sont pas déjà distribués par la Division fédérale de l'hygiène alimentaire.

Enseignement de l'hygiène

L'enseignement de l'hygiène est une partie essentielle du programme général, sur le plan provincial comme sur le plan local. Sur le plan local, le médecin-hygiéniste et tout son personnel se partagent les diverses tâches éducatives qui concernent la famille, l'école et la collectivité. Le médecin-hygiéniste local et son personnel, la commission scolaire et le corps enseignant mettent en oeuvre un programme établi par l'unité sanitaire, programme dans lequel l'examen de la santé des enfants occupe une place particulièrement importante.

A l'échelon provincial, la Division de l'enseignement de l'hygiène, en collaboration étroite avec les autres services du ministère, a trois fonctions principales: 1) la production et la distribution du matériel d'enseignement (imprimés, affiches, films, programmes radiodiffusés et télévisés), 2) l'assistance technique en tout ce qui concerne le matériel et les méthodes servant à l'enseignement de l'hygiène, la dynamique des groupes et les moyens de renseigner le public, 3) les relations extérieures avec les services du gouvernement et les organismes bénévoles qui s'intéressent ou sont susceptibles de s'intéresser à l'enseignement de l'hygiène.

Services d'hygiène dentaire

Ces services sont dirigés par une division spéciale qui applique le programme des unités sanitaires. Soixante et une unités ont un dentiste, dont les fonctions comprennent l'enseignement de l'hygiène dentaire, la prophylaxie et les traitements préventifs. Ces dentistes consacrent environ une demi-journée par semaine à soigner les indigents. Il existe quarante-sept cliniques dentaires complètement équipées. Quatorze dentistes sont actuellement employés à plein temps, et on doit en nommer d'autres. Quelque 47 dentistes travaillent à temps partiel.

Hygiène mentale

La Division des hôpitaux psychiatriques a été remplacée, en 1962, par celle des services psychiatriques. Le programme de cette division a les objectifs suivants:

- encourager la formation professionnelle grâce à une aide financière;
- décentraliser les services de traitement et de rééducation;
- augmenter l'aide financière aux hôpitaux psychiatriques selon les besoins des malades;
- organiser des services psychiatriques dans les hôpitaux généraux;
- créer divers services, de façon à répondre à tous les besoins, y compris des services de pédopsychiatrie, des foyers nourriciers et des foyers de transition.

La province de Québec a 18 hôpitaux psychiatriques; deux d'entre eux sont réservés aux épileptiques. Trois de ces hôpitaux sont la propriété du gouvernement du Québec. Un autre appartient au ministère des Affaires des anciens combattants. Tous les autres sont des hôpitaux publics. Vingt-quatre hôpitaux généraux ont des services externes de psychiatrie. Quelques-uns ont des services de jour, des services de nuit, ou les deux. Onze hôpitaux ont aussi un service psychiatrique pour malades hospitalisés. En outre, il existe dans la province 14 consultations d'hygiène mentale, et à Montréal un hôpital général, qui offrent des services de soins à domicile. Enfin, la division québécoise de l'Association canadienne pour la santé mentale a un certain nombre de filiales.

Rééducation

Beaucoup d'organismes médico-sociaux s'occupent de la rééducation des personnes handicapées[1]. Le rôle de la province a surtout consisté à subventionner les organismes qui traitent et éduquent les personnes handicapées et qui prennent soin de ces personnes. Les exceptions sont: le service de rééducation de la Commission des accidents du travail, le service de rééducation professionnelle du ministère de la Jeunesse, destiné aux tuberculeux et aux autres jeunes gens handicapés, et la section spéciale du Service de placement provincial.

Les conseils communautaires, par exemple le Conseil des oeuvres de Montréal, s'occupent aussi de planification sociale et de la coordination des services. On peut obtenir toute une gamme de services de rééducation dans les hôpitaux universitaires de Montréal et de Québec, ainsi que dans un certain nombre de grands hôpitaux. Toutes les personnes qui résident dans la province bénéficient automatiquement du programme de services hospitaliers. Les bénéficiaires de l'assistance publique, de l'assistance sociale et les autres personnes incapables de payer les frais de soins médicaux, sont soignés gratuitement dans toutes sortes de services externes et de dispensaires d'hôpitaux. Un certain nombre d'hôpitaux généraux, d'hôpitaux pour les enfants et d'hôpitaux pour malades chroniques ont des services de physiothérapie. Il existe des services d'ergothérapie dans quelques hôpitaux. Un certain nombre d'hôpitaux généraux, d'hôpitaux pour enfants et d'hôpitaux pour malades chroniques ont des services de rééducation physique.

Le Centre de rééducation de Montréal offre une gamme complète de services, qui comprend des services d'orthopédie, de neurologie, de psychiatrie et de prothèse, des services médico-sociaux, etc. L'université de Montréal utilise le Centre à des fins de renseignement et de recherche.

Le Centre d'ergothérapie et de rééducation de Montréal possède une consultation pour malades externes, qui offre toutes sortes de services: physiothérapie, ergothérapie, thérapie des troubles de la parole, assistance sociale, psychologie et formation professionelle. Le Centre est utilisé par l'université McGill pour la formation des étudiants et fait partie de la *Welfare Federation and United Fund*. Le

---

[1] Liste des hôpitaux canadiens et des établissements et installations connexes, 1962, Ottawa Bureau fédéral de la statistique, division de la Santé et du Bien-être social, 1962.

service aux malades hospitalisés est payé par l'assurance-hospitalisation depuis avril 1962.

La Clinique de rééducation de Québec Incorporée offre une gamme complète de soins aux enfants et aux adultes handicapés, dans un centre pour malades externes et dans un service de 40 lits situé à l'hôpital Laval. Quelques malades sont envoyés par la Commission des accidents du travail, qui paie les frais des soins donnés. Parmi les autres sources de revenus, il y a les subventions fédérales-provinciales, le chapitre du Québec de la Fondation canadienne contre la poliomyélite et pour la rééducation, et le club Rotary du Québec.

La Clinique de rééducation pour enfants handicapés, à Trois-Rivières, a une consultation externe qui dessert la population de la vallée du Saint-Maurice, consultation qui offre une grande variété de services.

La Commission des accidents du travail du Québec dispose d'un nouveau centre, où l'on peut recevoir 250 travailleurs blessés. Il existe à Montréal un petit dispensaire pour malades externes. On utilise aussi les services de physiothérapie des hôpitaux généraux.

Le Centre de rééducation de Montréal, le Service de rééducation de Québec et l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi ont mis sur pied des services de prothèses. On vend des chaussures orthopédiques à l'Hôpital Sainte-Justine et au *Shriners Hospital*. à Montréal. Le ministère de la Santé paie 50 p. 100 du coût des appareils de prothèse et autres appareils d'usage personnel. Des contributions d'organismes bénévoles, comme la Société de secours aux enfants infirmes de la province de Québec et la Fondation contre la poliomyélite et pour la rééducation, paient l'autre moitié des frais, dans certains cas. Ce dernier organisme a aussi une réserve de fauteuils roulants et de matériel de physiothérapie, et l'on peut louer certains de ces articles.

La Division des handicapés physiques du ministère de la Jeunesse a institué un programme de rééducation professionnelle pour les tuberculeux et autres handicapés. Elle a créé des centres de formation dans quatre sanatoriums, et prend des dispositions spéciales pour que les handicapés puissent se rendre aux bureaux provinciaux d'orientation qui relèvent du Conseil d'orientation des handicapés de Montréal. Cet organisme s'occupe aussi de l'orientation professionnelle des handicapés. Plusieurs fonctionnaires des services de rééducation à Montréal et à Québec, fournissent à leurs clients de l'aide et des conseils dans le domaine de l'orientation professionnelle. Depuis le 1er avril 1961, le Québec a pris part aux ententes fédérales-provinciales relatives à la formation professionnelle des invalides, selon la Loi sur l'assistance à la formation technique et professionnelle, en vertu de laquelle les gouvernements fédéral et provincial paient chacun la moitié des frais. Le ministère de la Jeunesse a abondamment utilisé ce programme. Le Service national de placement et le Service provincial de placement ont des sections spéciales destinées à trouver du travail aux handicapés, par l'intermédiaire de leurs bureaux de district. A Montréal, il y a un certain nombre d'ateliers protégés, de même que des services récréatifs.

Il existe des services médicaux pour les enfants handicapés dans plusieurs hôpitaux, trois hôpitaux pour les enfants et plusieurs centres de rééducation. La Société de secours aux enfants infirmes de la province de Québec possède, surtout dans la région de Montréal, des services de transport, de traitement et d'appareils, et organise un camp de vacances. Il existe beaucoup d'organismes semblables, y compris l'Association contre la paralysie cérébrale, division du Québec, l'Institut national canadien pour les aveugles et la Croix-Rouge des jeunes. Les commissions scolaires catholiques et protestantes organisent des services scolaires spéciaux, par exemple les écoles spéciales et les classes auxiliaires.

La Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme dispose d'un certain nombre de services itinérants de physiothérapie à Montréal et à Québec, pour les malades qui ne peuvent quitter la maison. Ce service est gratuit si les malades sont incapables de payer.

Toutes sortes d'organismes de langue française ou anglaise sont au service des aveugles. On donne des consultations d'ophtalmologie dans les hôpitaux d'enseignement et les grands hôpitaux de Québec et de Montréal. Il y a des dispensaires pour le traitement du glaucome dans les hôpitaux de Montréal, Sherbrooke, Chicoutimi, Hull et Québec. L'Institut national canadien pour les aveugles, par l'intermédiaire de ses 16 filiales, offre un programme complet de services qui comprend la prévention de la cécité, l'éducation sociale et des bureaux de placement. L'Association des aveugles de Montréal et L'Association canadienne-française des aveugles dirigent des ateliers. Trois écoles spéciales s'occupent de l'éducation et de la formation des enfants aveugles.

Il existe des services spéciaux pour les malades atteints de paralysie cérébrale, à l'hôpital Sainte-Justine de Montréal et au *Montreal Children's Hospital.* D'autres hôpitaux fournissent aussi des services. La Société de secours aux enfants infirmes de la province de Québec et la *Cerebral Palsy Association of Québec* offrent des services de transport, des appareils de soutien, des camps d'été, etc.

On fait des examens de l'ouïe, dans des unités sanitaires locales équipées d'audiomètres. Le Ministère provincial a organisé une consultation itinérante pour les aveugles et les sourds, en collaboration avec les unités sanitaires. Cette consultation est aussi au service d'autres groupes, par exemple les étudiants des universités et les travailleurs industriels. Il y a des dispensaires spéciaux de thérapeutique dans un certain nombre d'hôpitaux de Montréal et dans d'autres établissements de la province. Plusieurs écoles donnent une formation professionnelle.

Des organismes spéciaux pour le traitement et la réadaptation des alcooliques sont subventionnés par le ministère de la Santé. Ils sont représentés à Montréal, Saint-Jérôme, Trois-Rivières, Sherbrooke, et dans beaucoup d'autres villes. Ces centres ont un certain nombre de lits pour le traitement des cas aigus et pour les soins intensifs. Le service de Santé de la ville de Montréal administre un centre de réadaptation.

Pour les arthritiques, quelques hôpitaux ont des centres spéciaux, tandis que d'autres ont des services externes ordinaires. Le ministère de la Famille et du Bien-être social a fait construire une nouvelle école pour les jeunes sourds-muets, près de Québec.

Toutes sortes de services sont offerts aux victimes de l'épilepsie, de l'hémophilie, de la paraplégie et de la poliomyélite.

Soins à domicile

Des programmes organisés de soins à domicile offrant des services médicaux, infirmiers, sociaux et d'autres services connexes, comme les services de physiothérapie ou d'aides familiales existent dans les hôpitaux *Reddy Memorial* et Sainte-Jeanne-d'Arc, tous deux situés à Montréal. Dans les grandes villes, les infirmières de l'Ordre de Victoria et la Société des infirmières visiteuses de Montréal dispensent des soins à domicile aux handicapés et aux malades chroniques. Des traitements de physiothérapie à domicile sont donnés par la Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme, et depuis peu, par la Fondation canadienne contre la poliomyélite et pour, la réhabilitation, dans un comté rural. La *Montreal Family Service Association* offre un service d'aides familiales.

Les hôpitaux et le régime d'assurance-hospitalisation

Le Canadian Hospital Directory de 1962 donnait la liste suivante, pour les hôpitaux publics de la province de Québec:

Hôpitaux	Lits	Pour malades chroniques	Pour malades contagieux	Pour convalescents	Pour usage général	Pour malades mentaux	Lits orthopédiques	Pour tuberculeux
177	52,152	4,414	510	520	22,346	20,920	455	2,987

Tous ces hôpitaux sont publics et administrés par des organismes laiques religieux, municipaux ou provinciaux.

Il y avait aussi 74 hôpitaux privés, avec 1,804 lits; 637 de ces lits étaient réservés aux malades chroniques, 19 aux convalescents, 40 aux malades mentaux, 25 aux tuberculeux et 1,083 à un usage général.

Les divers ministères du gouvernement fédéral administrent 14 hôpitaux dans le Québec. Le ministère des Affaires des anciens combattants en a cinq, comprenant 2,163 lits; 364 de ces lits sont réservés aux malades chroniques, 578 aux malades mentaux, 118 aux tuberculeux et 1,103 à un usage général. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social administre huit hôpitaux, qui comptent en tout 89 lits, pour les Indiens. Il a aussi un hôpital de 29 lits à Québec, pour les immigrants atteints de maladies contagieuses.

Le régime d'assurance-hospitalisation est administré par la Division de l'assurance-hospitalisation du ministère de la Santé, et financé par les recettes de l'impôt général. Les services ordinaires aux malades hospitalisés, les traitements d'urgence gratuits, la petite chirurgie gratuite et les services externes sans

frais, à l'exception des honoraires professionnels, sont compris dans le régime. Les traitements psychiatriques donnés dans les hôpitaux généraux sont aussi compris.

Les indigents peuvent obtenir des services médicaux et d'autres services de santé dans toutes sortes de dispensaires. Un payement insignifiant est parfois exigé, mais généralement, les frais du traitement sont assumés par l'organisme qui dispense le service. Cet organisme peut, à son tour, être soutenu par des fonds publics. Dans toutes les régions qui n'ont pas les installations nécessaires, c'est le médecin, le dentiste ou une autre personne de la localité qui dispense ces services, en vertu d'une entente avec le malade ou avec la municipalité.

Programmes de bien-être

Le ministère provincial du Bien-être social rembourse aux services municipaux ou aux organismes autorisés tous les frais occasionnés par les personnes soignées à domicile; il fournit aussi de l'aide aux personnes incapables de travailler pendant au moins 12 mois. Depuis septembre 1961, on a accordé des allocations supplémentaires aux personnes nécessiteuses qui recevaient des prestations du gouvernement, et des allocations aux veuves et aux célibataires nécessiteuses âgées de 60 à 65 ans. Les frais de l'assistance aux personnes incapables d'occuper un emploi et qui sont dans des foyers pour soins spéciaux et dans des maisons de convalescence, sont répartis de la façon suivante: la province en paie les deux tiers et l'établissement lui-même paie l'autre tiers.

Les soins donnés aux vieillards indigents du Québec dans des établissements spéciaux sont offerts par des institutions de charité, conformément à la Loi sur la charité publique. La Loi sur le logement des personnes âgées autorise la province à construire et à maintenir des foyers pour les vieillards, à établir des centres domiciliaires et à accorder des subventions à cette fin à des organismes indépendants. Les normes à maintenir dans les foyers sont établies par des règlements promulgués en vertu de la loi sur la santé publique.

Les services de bien-être de l'enfance, y compris les services aux mères célibataires et les services d'adoption, sont administrés par des institutions et des organismes indépendants reconnus.

Les sociétés d'aide à l'enfance et les autres organismes reconnus du Québec reçoivent d'importantes subventions provinciales et quelques subventions municipales. On accorde aussi des allocations aux mères nécessiteuses. Dans beaucoup de régions, ces organismes reçoivent aussi l'aide de souscriptions privées et de fonds locaux de secours ou de fonds collectifs.

Commentaires recueillis dans la province

Plusieurs personnes, parmi celles qu'on a interrogées, ont souligné des différences dans la structure des services entre le Québec et l'Ontario. Une personne a vivement recommandé que des études soient faites, en temps voulu, dans chaque province.

Un autre correspondant écrit:

Nous nous rendons compte des lacunes de nos services, mais nous savons qu'elles découlent d'une grande pénurie de personnel. C'est le problème le plus important, actuellement; cependant, une augmentation de l'échelle des salaires n'apporterait pas une solution définitive. Les hôpitaux offrent de meilleurs salaires que nous, et pourtant, ils sont à court de personnel. De plus, ce problème sera toujours aigu dans les régions rurales. Quant aux inspecteurs sanitaires, un choix plus judicieux parmi les candidats qui possèdent les qualités essentielles (âge, instruction et personnalité requis), on parviendrait plus facilement à une spécialisation de ces fonctionnaires, qui rendrait leur formation équivalente à celle des inspecteurs sanitaires anglais. Un personnel employé à temps partiel ne donne pas satisfaction et, dans notre ministère, il y a une tendance marquée à n'engager que le plus petit nombre possible d'employés à temps partiel, en autant que cela ne nuit pas à l'organisation.

Un autre correspondant donne son opinion sur divers sujets:

Organisation

Dans la province de Québec, à l'exception de la région de Montréal et de la ville de Québec, toutes les municipalités dépendent du ministère provincial de la Santé par l'intermédiaire des unités sanitaires, lorsqu'il s'agit d'obtenir des services. Les municipalités ne sont donc pas directement chargées de fournir des services d'hygiène publique; elles paient simplement, chaque année, un certain montant au gouvernement provincial. C'est un désavantage, en ce sens que les autorités municipales ne s'intéressent pas directement et personnellement aux services d'hygiène publique et n'ont aucune autorité sur le personnel des unités sanitaires. Par conséquent, les rapports entre le personnel des unités sanitaires et les membres des conseils municipaux sont généralement restreints, surtout si le bureau de l'unité n'est pas situé dans la localité. D'un autre côté, le personnel de l'unité sanitaire limite son pouvoir exécutif (surtout dans les domaines de la salubrité et de l'inspection), afin d'éviter les frictions avec les autorités municipales.

Certaines municipalités de la région de Montréal et de la ville de Québec ont leurs propres services de santé. Les normes varient énormément d'un service à l'autre. Dans ces municipalités, les bureaux de santé sont généralement composés de conseillers municipaux plus ou moins intéressés à la question. Le secrétaire-trésorier de la municipalité ou l'administrateur de la ville est, en fait, la personne qui prend une grande partie des décisions. Certains administrateurs municipaux pensent que les services d'hygiène publique doivent être placés sous la responsabilité de la province. Ce point de vue est un facteur important au moment de la présentation du budget.

Il serait souhaitable de définir les devoirs respectifs du gouvernement fédéral, du gouvernement provincial et du gouvernement municipal.

Personnel

Il y a actuellement une pénurie de personnel dans les unités sanitaires et les services de santé municipaux. On a l'impression qu'on pourrait utiliser plus avantageusement les services des membres du personnel qui possèdent la formation nécessaire.

Le médecin-hygiéniste est relativement isolé de ses confrères et son travail se borne souvent à des immunisations et à quelques consultations dans les dispensaires pour bébés et dans les écoles. L'inoculation est un travail de routine qui pourrait être confié à des techniciens ou à des infirmières ayant reçu la formation nécessaire. Le service de consultation présente un certain intérêt, mais demeure théorique, puisque le médecin n'assume pas les fonctions de clinicien. A l'avenir, nous aimerions voir le médecin-hygiéniste devenir soit un administrateur qui dirigerait les services de santé locaux, y compris l'hôpital, soit

un spécialiste dans certains domaines particuliers, mais liés au travail du clinicien. Quant aux examens courants dans les écoles et les consultations pour bébés, il n'est pas nécessaire qu'ils soient faits par un médecin-hygiéniste. Il importe d'utiliser plus abondamment les services des médecins en exercice, puisqu'on augmentera ainsi la véritable armée de "ceux qui luttent pour prévenir la maladie". Un des buts à atteindre est de rendre les médecins-hygiénistes fiers de leur profession.

Ce problème n'est pas aussi grave quand il s'agit de l'infirmière-hygiéniste qui accepte plus facilement de voir son travail réduit aux mesures préventives et à l'éducation du public. Cependant, dans les régions rurales, l'infirmière-hygiéniste devrait donner des soins aux malades alités, car autrement, à certains endroits, les malades ne peuvent obtenir ce service.

Afin de se soumettre à la loi de l'offre et de la demande, et puisqu'on en a toujours pour son argent, on devrait offrir des salaires suffisants.

Financement

En ce qui concerne les unités sanitaires, le rapport annuel du ministère de la Santé ne fournit pas de chiffres relatifs aux dépenses par personne. Les budgets sont toujours présentés en bloc et comprennent l'hospitalisation, qui en représente une importante partie.

Les services de santé municipaux sont grandement influencés par leurs budgets. Certaines municipalités n'ont qu'un personnel à temps partiel, d'autres ont une organisation sanitaire plus complexe. Au moment où les conseils municipaux votent le budget, la chose essentielle est d'indiquer une fois pour toutes quelles sont les devoirs de la municipalité relativement aux services d'hygiène. De plus, les autorités provinciales devraient aider financièrement les municipalités qui désirent organiser de bons services en ce domaine. On propose que le ministère provincial de la Santé veille à ce que le service d'hygiène soit accrédité. Puisque cela se fait pour les hôpitaux, pourquoi cela ne se ferait-il pas pour les services d'hygiène publique?

Programme

Dans l'ensemble, les remarques que vous avez faites au sujet des services gouvernementaux peuvent s'appliquer à la province de Québec. J'aimerais souligner, pourtant, l'importance de deux graves problèmes: celui de l'hygiène dentaire et celui de l'hygiène mentale. Dans ces deux domaines, les installations sont insuffisantes à la fois dans les régions rurales et dans les régions urbaines.

Les soins aux malades chroniques et aux vieillards présentent aussi des problèmes importants, mais jusqu'à présent, les mesures prises à l'égard de ces deux catégories de personnes l'ont été par des organismes bénévoles.

MANITOBA

Hygiène publique

Organisation

GÉNÉRALITÉS

Les services de santé provinciaux sont fournis par trois divisions principales du ministère de la Santé, à savoir les services de santé, les services psychiatriques et les services de rééducation, et par plusieurs autres organismes quasi

gouvernementaux ou privés, soutenus par des fonds du gouvernement. C'est en étroite collaboration avec les autorités locales que l'on a mis sur pied les différents services d'hygiène publique et de santé personnelle. La Division des services de santé comprend cinq sections: hygiène du milieu, services de médecine préventive, services de santé auxiliaires, services d'infirmières-hygiénistes et services de laboratoires. La division des services psychiatriques comprend les services hospitaliers et les services communautaires d'hygiène mentale. La division des services de rééducation coordonne les programmes fédéraux avec le travail des principaux organismes de rééducation.

Parmi les conseils et les organismes semi-officiels, on peut citer le *Sanatorium Board of Manitoba*, la *Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation*, la *Manitoba Society for Crippled Children and Adults* et l'*Alcohol Research and Rehabilitation Foundation.*

Le programme de santé du Manitoba partage la province en quatre grandes régions, divisées à leur tour en districts qui ont une administration locale. Vers la fin de 1962, on avait établi 14 unités sanitaires locales. Ces dernières desservaient 73 municipalités rurales et 31 villes et cités. Elles fournissaient des services sanitaires à temps complet à près de 75 p. 100 de la population de la province, à l'exception de celle de Winnipeg. Les unités sanitaires locales sont établies avec l'approbation des conseils municipaux, et elles sont dirigées et financées conjointement par le gouvernement provincial et par les autorités locales. Le ministère provincial de la Santé engage et paie le personnel. Le personnel de chaque unité comprend le directeur médical et, selon l'importance du bureau, de trois à douze infirmières-hygiénistes, de un à quatre inspecteurs sanitaires, des employés de bureau, ainsi qu'un éducateur-hygiéniste qui travaille à temps partiel. Chaque unité possède un conseil consultatif qui exerce une surveillance générale sur le fonctionnement de l'unité, décide des lignes de conduite locales à adopter et peut proposer au ministre d'améliorer ou d'étendre les services.

En vertu de la Loi et des Règlements du Manitoba sur l'hygiène publique, chaque municipalité d'un territoire organisé où l'on ne trouve pas d'unité sanitaire doit retenir les services d'un médecin qui agira comme médecin-hygiéniste, soit à temps complet, soit à temps partiel, et qui fournira les services essentiels. La section provinciale des services d'infirmières-hygiénistes fournit plusieurs infirmières-hygiénistes aux régions privées d'unités sanitaires. La division chargée de l'hygiène du milieu dispose d'un personnel d'inspecteurs sanitaires, affectés aux régions de la province où il n'y a pas d'unités sanitaires.

VILLE DE WINNIPEG

Le service de santé de Winnipeg est autonome. Il fait rapport au comité du Conseil qui est chargé de la santé et du bien-être social et qui comprend le maire et six échevins. Le médecin-hygiéniste fait rapport à ce comité sans en être membre. Les assemblées du comité sont publiques. Il y a également un médecin-hygiéniste adjoint travaillant à temps complet et des médecins-hygiénistes

assistants à temps partiel. Le service de santé de la ville attire des infirmières-hygiénistes compétentes; plus de 80 p. 100 détiennent une licence d'hygiéniste, car il est convenu que les infirmières engagées par la ville doivent suivre des cours le plus tôt possible après être entrées en fonction. La Direction des inspections est un service spécialisé qui se partage en quatre divisions, à la tête de chacune desquelles se trouve un inspecteur principal qui doit faire rapport au médecin-hygiéniste par l'intermédiaire d'un inspecteur sanitaire en chef; mais il peut aussi communiquer de façon non officielle avec le médecin-hygiéniste. L'inspecteur sanitaire en chef et le principal inspecteur des aliments détiennent un doctorat en médecine vétérinaire, mais ne possèdent pas de diplôme universitaire en hygiène. La division des laiteries inspecte toutes les laiteries du *Metropolitan Winnipeg Milk Shed* et leur accorde des permis. Ce service doit aussi inspecter les usines de traitement du lait qui vendent leurs produits dans la région de Winnipeg (y compris les deux usines de St-Boniface), et accorder des permis à ces mêmes usines. Les deux autres divisions sont celles du logement et de la salubrité. Cette dernière s'occupe surtout des usines et des ateliers, et de tout ce qui peut constituer un danger pour la santé publique en général.

Le service de santé de la ville possède un programme complet. Le médecin-hygiéniste, son adjoint, tous les services d'inspection, la directrice des infirmières, le programme de lutte contre la tuberculose, le programme relatif aux foyers pour convalescents, et tous les services de soins, relèvent d'un bureau central de l'hôtel de ville. Les infirmières-hygiénistes relèvent de quatre bureaux de district. Tous les médecins attachés aux écoles et les médecins des centres de pédiatrie sont employés de façon intermittente, bien que plusieurs femmes médecins travaillent cinq matinées par semaine dans les écoles. Presque tous les médecins qui s'occupent d'hygiène infantile sont des pédiatres diplômés ou des médecins qui poursuivent des études de spécialisation au *Children's Hospital*.

Chaque semaine, les infirmières-hygiénistes signalent toute manifestation inusitée de maladie dans les écoles; elles peuvent cependant faire des rapports n'importe quand, si la situation l'exige. Tous les bureaux de district et toutes les écoles importantes sont munies de solution de Hanks et de tiges montées pour prélever, en cas de besoin, des spécimens de virus et de bactéries. Les infirmières font des prélèvements lorsqu'il se présente un nouveau cas, et envoient ces spécimens au laboratoire provincial et au laboratoire d'étude des virus, pour enquête épidémiologique sur la maladie dans la localité. Le service de santé de la ville s'occupe à la fois des écoles publiques et des écoles paroissiales, bien que ces dernières ne soient pas subventionnées par les deniers publics. Les services dentaires sont concentrés, par nécessité, sur un examen complet des enfants des classes maternelles et de première et de deuxième années, avec un service de post-observation pour les enfants des familles qui sont dans la gêne. Dans les autres classes, il n'y a qu'un service d'urgence. La *Child Guidance Clinic of Greater Winnipeg* est un établissement distinct, dont le personnel est engagé par le ministère provincial de la Santé et les commissions scolaires de la région métropolitaine.

Salubrité

Des inspecteurs sanitaires, attachés aux services de santé municipaux et aux unités sanitaires, effectuent régulièrement des inspections dans leurs régions respectives. Les programmes de surveillance du lait, des aliments, des approvisionnement d'eau et des égouts, de même que l'étude des plaintes, sont de leur ressort. Le programme comprend l'inspection sanitaire sous ses divers aspects, et le service provincial chargé de la salubrité du milieu fournit des consultants qui viennent des bureaux du génie sanitaire, de la surveillance du lait et des aliments et de l'hygiène industrielle, de même que les services d'un personnel central de neuf inspecteurs sanitaires.

Lutte contre les maladies contagieuses

Toutes les unités sanitaires locales sont averties de l'existence de maladies contagieuses par les omnipraticiens, les instituteurs et les parents. Par des visites à domicile, par la mise en quarantaine, par l'isolement et par la diffusion de renseigements, les unités s'efforcent d'enrayer le plus possible ces maladies. Les directeurs médicaux, les infirmières-hygiénistes et les inspecteurs sanitaires collaborent tous aux études sur les maladies qui ont été signalées. On peut demander au directeur médical une consultation et un diagnostic.

On administre en tout temps les vaccins réguliers dans toutes les unités sanitaires locales, dans les centres d'hygiène infantile, dans toutes les écoles, ainsi que dans les centres locaux et les bureaux auxiliaires des unités sanitaires. Au besoin, on peut recevoir une vaccination spéciale contre la typhoïde, l'influenza, l'hépatite infectieuse et la tuberculose. On peut se faire vacciner contre la poliomyélite dans toutes les unités sanitaires.

Lutte antituberculeuse

Depuis cinquante ans, le *Manitoba Sanatorium Board*, organisme autonome au sein duquel le gouvernement est représenté, dirige au Manitoba des services de lutte contre la tuberculose. Aux termes de la loi, à titre de représentant du gouvernement, il est chargé de la lutte antituberculeuse sous tous ses aspects, y compris le dépistage, la direction de sanatoriums, la réadaptation et l'enseignement de l'hygiène. C'est lui qui organise la vente des timbres de Noël et qui recueille et administre les fonds. Le *Manitoba Sanatorium*, la *Central Tuberculosis Clinic* et le *Clearwater Lake Hospital* disposent d'installations cliniques. Le *Clearwater Lake Hospital* est la propriété du gouvernement fédéral, et il a été fondé à l'intention des Indiens et les Esquimaux atteints de la tuberculose. Tous les nouveaux cas de tuberculose sont envoyés au *Manitoba Sanatorium* ou au *Clearwater Lake Hospital*, ou si la maladie ne nécessite qu'un court traitement, au *Central Tuberculosis Clinic* de Winnipeg.

Le *Central Tuberculosis Registry* enregistre les noms de tous les tuberculeux et des personnes qui ont été en contact suivi avec ces malades. Le *Central*

Tuberculosis Clinic de Winnipeg est d'abord et principalement un centre de diagnostic, d'examen périodique des anciens malades et de surveillance des malades externes, quoiqu'il ait 65 lits pour traitements de brève durée. C'est là qu'on développe et qu'on examine toutes les radiographies venant de l'extérieur, ainsi que les radiographies de malades qui viennent d'être admis dans divers hôpitaux généraux. On fournit également un service de consultation au *Winnipeg General Hospital* et à d'autres hôpitaux de la région. Grâce à des services itinérants de consultation, on peut faire l'épreuve à la tuberculine sur des groupes vulnérables, et radiographier les membres de ces groupes.

Le *Sanatorium Board* organise des services itinérants de diagnostic et d'enquêtes radiographiques. On n'examine que les personnes susceptibles d'être atteintes de tuberculose, celles avec qui elles sont ou ont été en contact suivi, et les anciens malades. Chaque sanatorium possède également des consultations externes.

Les soins à domicile sont donnés sous la surveillance des infirmières-hygiénistes de chaque unité sanitaire, qui collaborent également à la réadaptation des tuberculeux. La section des soins infirmiers dirige le *Central Tuberculosis Registry* et sert d'agent de liaison entre les malades hospitalisés dans les sanatoriums, le médecin de famille, la localité et le personnel du ministère de la Santé. On visite les malades du *Manitoba Sanatorium* et ceux du *Central Tuberculosis Clinic,* pour échanger avec eux des renseignements et pour d'autres motifs. On aide à organiser des consultations antituberculeuses itinérantes et l'on prévoit et prépare des enquêtes spéciales par radiographie et tuberculinisation, de façon à répondre aux besoins particuliers de chaque localité.

Les infirmières des régions où il n'existe pas d'unités sanitaires apportent leur concours aux consultations antituberculeuses itinérantes que l'on tient dans ces régions, et visitent à domicile les malades locaux, ainsi que les personnes avec qui ils ont été ou sont en contact suivi.

Il y a quelque temps, le *Sanatorium Board* a accepté d'assumer l'administration des hôpitaux pour traitement prolongé. Parmi ces derniers se trouvent le sanatorium désaffecté de Brandon, désigné maintenant sous le nom d'*Assiniboine Hospital,* et certains lits du *Clearwater Sanatorium* de Le Pas. Le Conseil administrera également le nouveau *Rehabilitation Hospital.* Les soins fournis dans les établissements de ce genre sont payés par la *Manitoba Hospital Commission.*

Lutte contre les maladies vénériennes

La lutte contre les maladies vénériennes constitue une partie importante du programme provincial de services de santé. Le gouvernement provincial dirige une clinique antivénérienne à l'hôpital de St-Boniface, pour le diagnostic et le traitement des maladies vénériennes dans la région métropolitaine de Winnipeg. Ce sont surtout des omnipraticiens de l'endroit qui dépistent les cas de maladies vénériennes, font enquête sur les personnes avec lesquelles les malades ont été en relations intimes et suivent les malades guéris. Les médicaments sont fournis

gratuitement aux médecins pour tous les malades dont ils ont signalé le cas. Les médecins peuvent bénéficier de services de laboratoire sans aucuns frais.

Hygiène maternelle et infantile

Il existe un programme d'enseignement de l'hygiène prénatale à l'intention des futures mères. Toutes les unités sanitaires offrent aux futures mères et à celles qui viennent d'avoir un enfant des services de consultation, de démonstration et de surveillance. Dans tous les bureaux des unités, on donne des conférences spéciales et des cours sur l'alimentation de la mère, le soin des enfants, etc. Les avis de naissance sont envoyés aux unités sanitaires et des infirmières-hygiénistes visitent les nouvelles mamans à domicile, afin de les conseiller et de les aider. Elles leur font connaître également les services que dispensent les consultations d'hygiène infantile et les services d'immunisation qu'offre l'unité sanitaire locale.

Toutes les unités sanitaires locales dirigent des consultations d'hygiène infantile, pour aider les mamans à prendre soin de leurs nouveau-nés et de leurs jeunes enfants. Ces consultations sont situées dans les endroits les plus faciles d'accès et sont ouvertes régulièrement toutes les semaines ou tous les mois. Elles ont été instituées afin qu'on puisse surveiller le développement physique et émotif des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire. Elles font des examens médicaux, dépistent les défauts physiques et proposent des moyens de traitement correctif. On peut également s'y faire vacciner.

Des services semblables sont offerts pour les enfants d'âge préscolaire; ils visent particulièrement à assurer une immunisation constante. Dans toutes les unités sanitaires, on tient des consultations spéciales à l'intention des enfants qui vont commencer à fréquenter l'école; on y fait des examens médicaux afin de dépister les défauts physiques qui pourraient être corrigés avant la première année scolaire.

Le programme d'hygiène maternelle et infantile relève du Bureau de l'hygiène maternelle et infantile, rattaché à la Section des services de médecine préventive. Il comprend des établissements où l'on enseigne l'hygiène prénatale aux infirmières, et des cours pour les futures mères. On effectue, en vertu de ce programme, des inspections régulières des maternités et des établissements pédiatriques ainsi que des garderies.

Services d'hygiène scolaire

Chaque unité sanitaire s'efforce de fournir des services d'examen médical, de consultation et d'immunisation à tous les enfants d'âge scolaire de sa région. Le personnel de l'unité sanitaire locale est à la disposition des instituteurs pour les seconder dans l'enseignement de l'hygiène, organiser des conférences, donner des causeries dans les classes, projeter des films et faire des démonstrations relatives à l'hygiène. L'inspecteur sanitaire visite les écoles régulièrement.

Services d'hygiène dentaire

Dans les régions rurales, le gouvernement provincial dirige des consultations dentaires, en collaboration avec un organisme local. Les consultations itinérantes du Ministère visitent les régions où il n'y a pas de dentiste, et des comités locaux chargés de l'organisation garantissent un montant de $40 par jour pour les frais d'administration. On insiste particulièrement sur l'enseignement de l'hygiène dentaire. Outre les consultations itinérantes, le programme de l'unité sanitaire de Portage-la-Prairie et des banlieues de Winnipeg comporte des consultations permanentes où l'on examine et traite les dents. On accorde la priorité aux enfants des familles pauvres et des familles à revenu peu élevé. A Winnipeg, le Service de santé de la ville dirige des consultations dentaires scolaires pour l'examen de tous les enfants du cours élémentaire et pour le traitement des cas urgents, avec la même formule de priorité.

En 1959, on a établi un programme d'hygiène publique à l'intention des unités sanitaires qui s'occupent de médecine préventive pour les enfants d'âge préscolaire. Au cours de 1961, on a tracé des plans pour diviser la province en quatre régions dentaires. On a établi graduellement des bureaux régionaux, où le travail se fait en collaboration étroite avec les unités sanitaires de la région.

Enseignement de l'hygiène

Un bureau provincial spécial accomplit un travail considérable dans toute la province. Ce travail comprend des entrevues avec des représentants des établissements scolaires, des services municipaux et du personnel, de même qu'avec des professeurs et des représentants d'organismes officiels ou indépendants. Tous les membres des unités sanitaires locales s'occupent également de l'enseignement de l'hygiène.

Lutte contre la fièvre rhumatismale

Il existe un programme spécial de lutte contre la fièvre rhumatismale. Le ministère de la Santé a conclu une entente avec les municipalités, entente en vertu de laquelle le coût de la pénicilline et des sulfamides employés pour prévenir les attaques de fièvre rhumatismale est partagé également entre le Ministère et la municipalité où réside le malade. Nul malade n'est accepté à moins que la demande ne vienne du médecin traitant, et tout habitant de la province qui a souffert de la maladie peut recevoir des traitements prophylactiques.

Infirmières-hygiénistes

Cette section du ministère provincial s'occupe du recrutement, de la formation et de la répartition des infirmières-hygiénistes; elle fournit un service de consultation à divers établissements et des services infirmiers spéciaux pour la lutte contre la tuberculose et les maladies vénériennes et pour aider les enfants et les adultes infirmes, et elle dispense des soins infirmiers généraux d'hygiène publique. Beaucoup d'infirmières travaillent dans les unités sanitaires locales;

quelques-unes seulement sont affectées aux bureaux centraux. On trouvera ailleurs des renseignements sur une grande partie de leur travail.

Dans certains districts, il y a un programme général de soins infirmiers, dont le soin des malades alités et les visites à domicile, et de surveillance sanitaire des écoles, y compris l'inspection des classes, où l'on donne également des causeries aux élèves. On offre aussi des examens et des traitements, et on organise des entrevues avec les professeurs. En outre, on tient des consultations d'immunisation dans ces districts, et on aide les médecins dans la vaccination des enfants d'âge scolaire et préscolaire contre les maladies contagieuses.

Services de laboratoire et de radiographie

La section provinciale des services de laboratoire administre le *Central Provincial Laboratory* de Winnipeg, et deux laboratoires auxiliaires dans d'autres parties de la province. Dans ces laboratoires, les tests sont effectués gratuitement. En vertu d'une disposition spéciale, on fait le diagnostic et le dépistage des infections virulentes au *Central Laboratory.*

La Loi sur les services de santé du Manitoba (1945) prévoit l'établissement, dans la province, de laboratoires et de centres de radiographie payés d'avance. On a déjà établi six centres de cette nature. Le personnel est composé de membres du ministère provincial de la Santé.

On se propose d'établir de nouveaux centres, à mesure qu'on aura le personnel nécessaire. Les centres actuels se trouvent dans des hôpitaux et dirigent tous les services de laboratoire et de radiographie pour les malades qui y sont hospitalisés.

Services de santé du Nord

En 1959, le ministère provincial a inauguré un programme de services de santé pour les territoires du Nord, sur le territoire non organisé qui est situé au nord du 53e parallèle. Le personnel de cette section comprend un directeur médical, deux inspecteurs sanitaires, quatre infirmières-hygiénistes et des employés de bureau. Leur travail consiste à organiser, à mettre en oeuvre et à administrer un programme à long terme de médecine préventive et de traitement, en faisant appel à toutes les ressources du ministère et du personnel spécialisé, à transporter à l'hôpital, en cas d'urgence, les malades des régions isolées, à assurer des services de santé locaux à Le Pas, à organiser des camps, à utiliser les services des médecins attachés aux industries, et à collaborer étroitement avec la Direction des services de santé des Indiens et du Nord, qui fait partie du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Dans les autres territoires non organisés, on conclut des ententes avec les médecins locaux, afin que ces derniers fournissent à la population des services médicaux et des services d'hygiène publique. On a organisé un système de transport d'urgence, afin de secourir les malades qui relèvent du gouvernement provincial. Ce système prévoit également le transport des malades indigents qui

relèvent du gouvernement provincial. On conduit ces malades à l'hôpital et on les en ramène.

Régimes municipaux d'assurance-maladie

Il existe neuf districts médicaux où l'on trouve des médecins qui reçoivent un salaire de leur municipalité. En fait, ces districts bénéficient de régimes municipaux d'assurance-maladie. Les municipalités et les médecins municipaux peuvent toucher des subvention municipales, s'ils font partie à la fois d'une unité sanitaire locale et d'un service de laboratoire et de radiographie.

Les hôpitaux et le régime d'assurance-hospitalisation

A la fin de 1962, le Manitoba disposait de 108 hôpitaux de tous genres, avec un total de 10,818 lits dont 817 étaient réservés aux malades chroniques, 74 aux contagieux et 5,586 à divers genres de malades en crise aiguë[1]. Les hôpitaux sont dirigés par des organismes laïques ou religieux, ou par le gouvernement municipal, provincial ou fédéral, la plus grande partie des lits étant destinés à un usage général.

En juillet 1958, on a inauguré le *Manitoba Hospital Services Plan,* qui est un régime complet. D'abord placé sous la juridiction d'un commissaire dont les fonctions étaient moins étendues, le régime relève maintenant de la *Manitoba Hospital Commission,* établie en juillet 1962. La Commission est chargée de la mise en vigueur du régime au point de vue de l'assurance, ainsi que de l'octroi des permis et de l'examen et de la surveillance des normes de tous les hôpitaux, sauf les établissements réservés aux malades mentaux et aux tuberculeux; elle doit aussi organiser et développer le système d'hospitalisation dans la province. La Commission est sous l'autorité immédiate du ministre de la santé. Les indemnités du régime d'assurance couvrent tous les frais encourus par un malade hospitalisé dans une salle publique. Les services offerts aux malades externes comprennent les soins d'urgence dans les 24 heures qui suivent un accident, et quelque 50 traitements et tests. La thérapie par électrochocs, l'examen de spécimens de tissus prélevés à l'hôpital, la physiothérapie, l'ergothérapie et les traitements orthophoniques, lorsqu'ils sont effectués dans quatre hôpitaux déterminés, sont des services externes dont les frais sont également payés par le régime. Des indemnités sont prévues pour les soins et traitements reçus en dehors de la province. Les cotisations sont obligatoires et elles sont perçues au moyen de retenues sur les salaires, dans le cas des employeurs qui ont au moins trois employés, et pour toutes les autres personnes, au moyen de paiements faits aux bureaux de la municipalité tous les six mois ou une fois par année. Les cotisations représentent environ 33 p. 100 du revenu total nécessaire à la Commission; le reste de la contribution provinciale provient des revenus généraux de la province. Tous les bénéficiaires de l'assistance publique et de la pension de vieillesse qui ne touchent pratiquement aucun autre revenu que leur pension, sont assurés sans

---

[1] Évaluation du nombre de lits.

verser de cotisation. Bien que les soins donnés aux malades mentaux et aux tuberculeux ne soient pas payés par la *Manitoba Hospital Commission*, le traitement de ces malades est quand même gratuit pourvu qu'ils résident au Manitoba, car il est compris dans les services provinciaux de santé.

Hygiène mentale

Le ministère provincial de la Santé, par l'intermédiaire de sa Division de la psychiatrie, dirige à Brandon et à Selkirk deux hôpitaux pour le traitement et la surveillance des malades mentaux. Il y a un hôpital-école pour débiles mentaux à Portage-la-Prairie. À Winnipeg, le *Psychiatric Institute* fournit des services de diagnostic, et des traitements de courte durée pour les cas qu'on vient de dépister. Il y a trois consultations pour malades externes, situées respectivement à Winnipeg, à Brandon et à Selkirk, ainsi que des centres d'orientation pour enfants, ailleurs dans la province. Des consultations d'hygiène mentale qui fonctionnent à temps complet se trouvent dans les régions voisines des établissements psychiatriques.

Rééducation

Le gouvernement provincial a fait de la *Society for Crippled Children and Adults* l'organisme central de rééducation. Le *Manitoba Sanatorium Board*, l'Institut national canadien pour les aveugles et la Commission des accidents du travail s'occupent des tuberculeux, des aveugles et des travailleurs blessés. Il y a aussi d'autres organismes qui offrent certains services à des catégories particulières de malades, comme la Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme, la *Greater Winnipeg Child Guidance Clinic*, la *Speech and Hearing Clinic*, la *Manitoba Association for Retarded Children*, l'Association canadienne des paraplégiques et la Société canadienne contre la sclérose en plaque.

Le Coordonnateur provincial des services de rééducation exerce une surveillance générale sur les programmes de rééducation, juge de l'admissibilité des candidats et encourage la collaboration entre les différents organismes et les établissements locaux. Le *Central Registry* établit la liste des personnes invalides; parmi les personnes inscrites, il y en a à peu près 4,000 dont on s'occupe actuellement. Voici les services qui sont offerts:

1. Toute intervention médicale, chirurgicale ou psychiatrique nécessaire au traitement d'un invalide.
2. Des appareils de prothèse et les directives nécessaires pour les utiliser.
3. Orientation en matière de réadaptation.
4. Services d'orientation professionnelle, tests d'orientation, éducation, formation professionnelle et placement.
5. Services d'adaptation psycho-sociale.

Au cours de 1962, on a ouvert à Winnipeg le *Rehabilitation Hospital,* qui compte quelque 200 lits. On s'y occupe de la rééducation fonctionnelle sous tous ses aspects. L'hôpital constitue le principal service clinique de la province pour les médecins et les autres hôpitaux. Il abrite la nouvelle école de rééducation fonctionnelle, dont le but est d'instruire et de former des physiothérapeutes et des ergothérapeutes. L'hôpital est administré par le *Manitoba Sanatorium Board,* au nom de la province.

Le programme de la *Society for Crippled Children and Adults* comprend un service d'évaluation des cas; il offre aussi des services de traitement et des appareils de prothèse, des services d'orientation et des services posthospitaliers à tous les genres d'invalides physiques. Le gouvernement provincial a confié à cette société le soin de fournir aux enfants et aux adultes atteints d'invalidité physique tous les services dont ils ont besoin. L'évaluation des cas et les services posthospitaliers sont fournis par les sections de l'*Alternative Care and Elderly Persons Housing,* qui fait partie du ministère provincial du Bien-être social, aux invalides chroniques difficiles à rééduquer parce qu'à leur invalidité s'ajoutent l'âge, l'inadaptation sociale et la pauvreté. Le travail de ces sections est étroitement lié à celui des autres services de rééducation, par l'intermédiaire du Coordonnateur provincial. Dans le cas d'un malade externe, les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie sont payés par le régime d'assurance-hospitalisation, à condition que ces services soient fournis par le *Rehabilitation Hospital,* les hôpitaux municipaux de Winnipeg, l'*Assiniboine Hospital* de Brandon, ou le *Clearwater Lake Hospital* de Le Pas.

Le personnel de la *Society for Crippled Children and Adults* comprend 14 travailleurs sociaux et psychologues, qui s'occupent d'assistance individuelle et d'orientation professionnelle et qui coordonnent les différents services. L'évaluation médicale des cas est faite par des médecins indépendants, dans des consultations externes régulières ou dans des consultations établies pour l'évaluation des cas et où se rendent, au besoin, des spécialistes. Le médecin consultant en chef de la Société décide de la ligne de conduite à adopter. Le logement à l'extérieur de Winnipeg est prévu pour toute la durée de l'évaluation et du traitement des malades.

L'atelier industriel de Winnipeg dirigé par la Société fournit les services suivants: orientation professionnelle, préparation au travail et emploi protégé. Lorsque leur cas a été évalué et lorsqu'elles ont été acceptées par le Comité de formation et de sélection, les personnes invalides qui doivent recevoir une formation spéciale avant d'entrer sur le marché du travail sont envoyées au *Manitoba Technical Institute* ou dans des écoles privées. En plus d'utiliser les ressources du Service national de placement, la *Society for Crippled Children and Adults* emploie deux préposés au placement, qui s'occupent exclusivement d'aider les invalides les plus gravement atteints à trouver du travail.

Le programme de la *Society for Crippled Children and Adults* destiné aux enfants répond aux besoins de la plupart des enfants infirmes, à l'exception de ceux qui souffrent de défauts visuels, d'une affection cardiaque d'origine

rhumatismale ou de troubles mentaux. Ces enfants sont traités par d'autres organismes. Sous la direction du médecin consultant en chef de la Société, des spécialistes indépendants de Winnipeg font l'évaluation des cas et des consultations de diagnostic sont organisées dans les régions rurales, de même que des cliniques spéciales pour les victimes de la paralysie par encéphalopathie sont tenues au *Children's Hospital.* La plupart des enfants sont soignés par le personnel régulier de l'hôpital. On retient également, pour certains traitements, les services de spécialistes. La Société fournit les appareils orthopédiques et les chaises roulantes. Deux travailleurs sociaux s'occupent des malades qui leur sont adressés; ils organisent des consultations et font l'évaluation sociale de ces malades après leur sortie de l'hôpital.

Dans les régions rurales, on organise des centres de sélection initiale pourvus d'une équipe de psychologues, d'orthophonistes, de spécialistes de la rééducation de l'ouïe, et de travailleurs sociaux. Viennent ensuite les consultations régulières de diagnostic, tenues par quatre médecins spécialistes, des travailleurs sociaux et un physiothérapeute. Le médecin de famille fournit des services de consultation. On prend les mesures nécessaires pour envoyer aux hôpitaux de Winnipeg tous les enfants qui ont besoin de traitement.

Le service de santé de Winnipeg examine tous les écoliers, afin de dépister les enfants infirmes. Il établit un dossier pour chacun de ces derniers, qu'il dirige, pour les faire traiter, vers des organismes tels que la *Society for Crippled Children and Adults,* et s'occupe de suivre chacun des enfants après le traitement. Les unités sanitaires provinciales examinent également les écoliers, tiennent des registres des infirmes et aident la Société à organiser des consultations de diagnostic et à faire traiter à Winnipeg les enfants dont le cas l'exige. Le ministère de l'Éducation paie le coût des études des enfants aveugles et sourds dans des internats situés en dehors du Manitoba, et il engage des professeurs dans de nombreux hôpitaux. Il dirige à Winnipeg un externat pour les enfants sourds ou durs d'oreille. La *Child Guidance Clinic of Greater Winnipeg* offre des tests psychologiques et des services d'orientation professionnelle. Sa section d'orthophonie et de rééducation de l'ouïe fournit aux écoles un service de consultation et de traitement.

Services pour malades chroniques

En 1960, la province a mis sur pied un programme d'évaluation des soins nécessaires et de post-observation, qui peut parfois remplacer le séjour dans un hôpital pour traitement actif. Ce programme a pour but de répondre aux besoins des personnes qui, sans devenir économiquement indépendantes, pourront cependant tirer profit d'une évaluation convenable de leurs aptitudes et de services de rééducation, qui leur permettront de fournir un rendement maximum et d'obtenir un emploi dans un milieu approprié. Des comités conjoints d'évaluation de la santé et du bien-être sont organisés dans plusieurs régions sanitaires. Ces comités comptent parmi leurs membres le directeur médical de l'unité sanitaire et le surveillant du bien-être social. Ils étudient et organisent les soins à donner

aux malades chroniques. Un comité semblable, qui s'occupe de la population de la région métropolitaine de Winnipeg et qui est dirigé par le ministère du Bien-être social, fonctionne déjà depuis plusieurs années. On a tenu compte des besoins spéciaux des personnes qui souffrent de maladies chroniques ou de très longue durée, et on a tout particulièrement insisté sur la nécessité de multiplier les centres de traitement dans la province. A la fin de 1962, le nombre total des lits pour traitement prolongé avait plus que doublé depuis 1958. On a pu disposer de lits supplémentaires en transformant des établissements antituberculeux qui n'étaient plus nécessaires, étant donné la dimunition rapide des demandes d'hospitalisation de la part de tuberculeux. En étudiant les moyens de multiplier les hôpitaux pour traitement prolongé, on s'est rendu compte de la nécessité d'ouvrir des hôpitaux de ce genre dans les petits centres de la province et de les affilier aux hôpitaux généraux actuels pour maladies aiguës. Aux termes de ce programme, on a terminé la construction d'un premier petit hôpital de 35 lits à Dauphin (Manitoba), et on projette d'en établir d'autres. On augmentera aussi très prochainement d'environ 200 lits la capacité des services de traitement prolongé de la région de Winnipeg.

Lutte anticancéreuse

La province subventionne la *Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation*, qui dirige tout le travail relatif à la lutte contre le cancer. Il existe un service gratuit de biopsie et des services de diagnostic sont fournis sans frais aux habitants des régions rurales, lorsque ces derniers ne peuvent payer. Dans la région métropolitaine de Winnipeg, ces services sont fournis par les consultations externes du *Winnipeg General Hospital* et du *St. Boniface Hospital*, auxquels la Fondation est associée. La Fondation entretient également, dans chaque hôpital, des centres de radiothérapie et de traitement par la bombe au cobalt. Tous les habitants de la région sont traités gratuitement. Les deux hôpitaux donnent aussi des traitements au radium.

Soins à domicile

Les hôpitaux municipaux de Winnipeg ont inauguré, en 1956, un programme de soins à domicile, afin de s'occuper d'un certain nombre de malades atteints de poliomyélite des voies respiratoires. On a, depuis, élargi le programme pour en faire bénéficier les malades chroniques, et on l'a intégré au *Home Care Programme* du *Winnipeg General Hospital*. Le programme en question comprend des services de post-observation médicale régulière et des interventions du service social dans certains cas spéciaux. Le ministère provincial de la Santé et la *Society for Crippled Children and Adults* assument les frais des soins infirmiers à domicile ou des services d'une domestique, ainsi que le coût des appareils spéciaux.

Soins des vieillards

Des comités conjoints de la santé et du bien-être social sont organisés dans plusieurs unités sanitaires pour étudier les problèmes des vieillards. Ils comptent

parmi leurs membres le médecin-hygiéniste et le surveillant du bien-être social, et s'occupent de surveiller et d'organiser les soins aux malades chroniques. Les ministères de la Santé et du Bien-être social surveillent les établissements et les pensions destinés aux vieillards. La province accorde des subventions aux municipalités et aux autres organismes qui construisent des maisons de ce genre. Les frais d'entretien des vieillards logés dans ces foyers sont assumés, en proportion des besoins, par le gouvernement provincial.

Programmes de bien-être

Les indigents reçoivent des soins médicaux en vertu d'un accord conclu par le ministère provincial du Bien-être avec la *Manitoba Medical Association* et le *Manitoba Medical Services Plan*, à l'intention des vieillards et des infirmes qui sont dans le besoin, y compris ceux qui se trouvent dans des foyers ou autres établissements du genre, les aveugles, les invalides ou les déficients mentaux, de même que des mères qui ont des enfants à leur charge et des enfants que leurs parents négligent. Les services comprennent les soins médicaux, chirurgicaux, optiques et dentaires, les médicaments essentiels et les soins et traitements correctifs, y compris la physiothérapie, le transport d'urgence et la chiropractie. Les personnes qui reçoivent de l'assistance de la Province bénéficient du *Hospital Services Insurance Programme* sans payer de cotisations. Sont ainsi dispensés de payer des cotisations: les bénéficiaires des allocations aux mères nécessiteuses, les enfants placés sous la tutelle de la Province, du Directeur du Bien-être social ou de la *Children's Aid Society*, de même que les bénéficiaires des allocations aux aveugles, aux invalides et aux vieillards. En outre, une forte proportion des bénéficiaires de la pension de vieillesse ont été exemptés, à la suite d'une enquête sur leur situation financière. D'autres citoyens de la plupart des municipalités sont assurés par des accords en vertu desquels une municipalité s'engage à payer les cotisations de tous ceux qui y ont un domicile légal, et reçoit en retour l'assurance que ces mêmes citoyens seront protégés de façon permanente, en qualité de cotisants du programme des services hospitaliers. Cette formule assure une protection ininterrompue aux personnes qui, de temps à autre, sont dans l'impossibilité de payer leurs cotisations. Cent quatre-vingt municipalités sur 192 participaient à ce programme, à la fin de l'année 1962, et plus de 95 p. 100 de la population du Manitoba était ainsi assurée. Si elles n'ont pas soin de garantir ainsi le paiement des cotisations, les municipalités doivent, en vertu de la législation provinciale, assumer la responsabilité de régler tous les comptes d'hôpitaux laissés en souffrance par leurs citoyens.

Sauf dans les régions où l'on trouve des médecins municipaux, les indigents reçoivent des traitements médicaux en vertu d'accords conclus localement entre le médecin et la municipalité, qui paie au praticien une somme convenue pour chaque visite. La Province rembourse à la municipalité, dans la proportion soit de 40 p. 100, soit de 80 p. 100, tout montant de plus d'un millième en vertu d'une évaluation régularisée. Les indigents qui n'ont pas de domicile municipal fixe ou qui habitent des territoires non organisés relèvent de la province. Dans le cas des districts où il y a des médecins municipaux, c'est la municipalité qui paie la cotisation ou l'impôt foncier des indigents.

Commentaires recueillis dans la province

Voici ce que nous écrit un correspondant:

Je suis tout à fait d'accord avec votre idée de créer des régions sanitaires plus vastes, qui comprendraient à la fois des hôpitaux et des services de santé et, fort probablement, auraient des directeurs qui s'occuperaient du logement et du bien-être des nécessiteux.

Au cours de l'été dernier, notre Division des soins infirmiers a mené une enquête sur tous les jeunes malades dont on entendait plus parler, dans les centres d'hygiène infantile d'un certain district. Elle en a conclu que l'expression "cas perdus de vue" était la bonne. Le *Manitoba Medical Service* semble être le régime le plus complet d'assurance-santé du Canada. Sans avoir consulté les statistiques de ce régime, j'ose affirmer que, après leur première année de vie, les enfants ne sont pas souvent examinés par le médecin, sauf en cas de maladie aiguë. Il y a véritablement une lacune à combler dans la surveillance médicale exercée sur les enfants qui ne sont plus des nourrissons et qui n'ont pas encore atteint l'âge de fréquenter la maternelle. C'est pendant cette période qu'on ne se préoccupe probablement pas assez des déficiences de l'ouïe, de la vue ou de l'intelligence, des affections cardiaques et même des troubles locomoteurs.

Il est bien que les infirmières-hygiénistes soient rattachées à des groupes d'omnipraticiens. Je crois qu'une telle association est difficile dans les villes, mais qu'elle est possible dans les régions rurales, qu'elle est même souhaitable dans les régions rurales où il n'y a qu'un seul omnipraticien. Il est possible qu'au début, de nombreux omnipraticiens et même de nombreux médecins-hygiénistes s'opposent à une telle mesure.

Il me semble que les médecins consultants, dans le domaine clinique, ne devraient pas être liés trop étroitement aux services de santé; il serait préférable qu'ils fassent partie du personnel permanent d'une région hospitalière et qu'ils soient choisis et engagés par le personnel régulier de cette région.

J'approuve le projet d'un service mixte de soins infirmiers. Malheureusement, à cause de notre système actuel et de tous les contrôles dont il fait l'objet, il est plus difficile de recruter du personnel pour le ministère de la Santé que d'en recruter pour les organismes indépendants, même si ces derniers doivent compter beaucoup sur des subventions du gouvernement. Il s'ensuit que les services indépendants s'immiscent dans des domaines qui devraient logiquement être du ressort d'organismes gouvernementaux.

Il est logique et nécessaire, je le reconnais, d'avoir une organisation régionale qui permette de coordonner les divers services et de partager les frais qu'entraînent le personnel et les installations. La principale pierre d'achoppement dans ce domaine est la fierté de chaque municipalité. Les régions hospitalières et celles de l'hygiène publique devraient avoir les mêmes limites géographiques, et elles devraient être reliées au point de vue administratif.

Les services de bien-être social me préoccupent tout particulièrement. Le "service centré sur la famille": voilà la dernière trouvaille du jargon propre au travail social. A mon avis, ce domaine relève depuis toujours de l'infirmière-hygiéniste visiteuse. Que cette dernière le veuille ou non, elle doit faire du travail relatif au bien-être social. Cela est vrai dans les villes et encore plus dans les régions rurales où l'infirmière visiteuse est l'unique représentante des services de santé ou de bien-être. Nous devrions reconnaître que l'infirmière-hygiéniste est la travailleuse sociale attitrée du "service centré sur la famille", et lui offrir une formation plus poussée, afin qu'elle sache quand et qui elle doit consulter. L'Université de Glasgow forment des infirmières-hygiénistes qui sont en même temps des travailleuses sociales.

J'approuve le projet de combiner les services de Santé et de Bien-être et ceux des bureaux régionaux. J'approuve également le système fondé sur des conseils régionaux, dotés d'une autonomie locale maximum dans le cadre des limites et des normes prescrites. Je reconnais que la plupart des travailleurs dans le domaine de la santé et du bien-être, y compris l'auteur de la présente lettre, devraient recevoir une plus ample formation en administration.

Voici ce que nous écrit un deuxième correspondant:

Nous sommes arrivés à une conception de la division régionale bien semblable à celle qui ressort de vos propositions. La réalisation d'un tel objectif dépendra principalement des services provinciaux de l'hygiène publique et des commissions des hôpitaux.

Une troisième personne nous écrit ceci:

J'approuve pleinement le projet de coordination et d'intégration des services de santé au moyen de la division régionale, et je suis fermement convaincu qu'un bon nombre de nos problèmes actuels ne peuvent pas se résoudre et qu'ils ne seront pas résolus tant que de telles mesures ne seront pas appliquées.

SASKATCHEWAN

Hygiène publique

Organisation

Les services d'hygiène publique sont organisés selon un système de régions sanitaires qui englobe toute la province, à l'exception des villes de Saskatoon et de Regina. Ces localités ont leurs propres services municipaux, avec des médecins-hygiénistes et un personnel sanitaire travaillant à plein temps sous la surveillance de bureaux de santé. Chacune des 12 régions sanitaires dessert, dans les parties les plus peuplées de la province, une population de 50,000 à 80,000 habitants environ, et couvre une superficie de 6,000 à 18,000 milles carrés. Les régions sont administrées conjointement par des bureaux de santé régionaux et par le ministère provincial de la Santé publique. Chaque région sanitaire est divisée en un certain nombre de districts sanitaires et comprend une grande ville ou une ville moyenne qui sert de centre régional d'hygiène.

La moitié septentrionale de la province, appelée le district administratif du Nord, est la seule partie de cette dernière qui n'est pas organisée en région sanitaire, mais qui constitue une division sanitaire spéciale, destinée à desservir une population de moins de 20,000 habitants répartie sur un territoire de plus de 119,000 milles carrés. Le bureau central de cette division est à Prince Albert. Le personnel, employé à plein temps, comprend un médecin-hygiéniste, une surveillante des infirmières sages-femmes et un inspecteur sanitaire en chef, qui fait périodiquement des tournées de visites dans toute la région. Le ministère de la Santé publique dirige, dans cette division, quatre hôpitaux isolés dont le personnel est formé d'infirmières-hygiénistes qui sont en même temps sages-femmes. Ces hôpitaux sont sous la juridiction du médecin-hygiéniste.

Tous les membres du personnel sanitaire régional sont des fonctionnaires provinciaux, employés à plein temps. Dans chaque région sanitaire, le personnel compte environ 22 membres, y compris le médecin-hygiéniste[1], les infirmières-hygiénistes, les inspecteurs sanitaires, l'éducateur hygiéniste, l'hygiéniste alimentaire, le psychologue spécialisé dans les questions d'éducation, l'hygiéniste dentaire et le personnel de bureau.

Les bureaux de santé régionaux représentent légalement toutes et chacune des municipalités urbaines ou rurales de la région. Ils ont le pouvoir d'établir, de financer et d'administrer n'importe quel programme d'hygiène, sous réserve de l'approbation du ministre. Ainsi, ils pourraient posséder et diriger des hôpitaux, bien qu'aucun d'entre eux ne le fasse. Quelques-uns commencent à s'intéresser à des programmes de soins à domicile. En 1946, on a établi un régime régional d'assurance médicale dans la région sanitaire de Swift Current. Ce programme, financé grâce aux impôts, fonctionne encore à peu près de la même manière qu'au début et avec une assez grande autonomie, conformément à la Loi sur l'assurance médicale, loi provinciale adoptée en 1962, et à ses modifications.

Toutes les municipalités urbaines et rurales d'une région envoient des représentants à un conseil sanitaire de district qui choisit à son tour, au prorata de la population, un ou plusieurs de ses membres pour le représenter auprès du bureau de santé régional. A l'origine, les conseils d'hygiène de district ont été conçus comme un moyen de commencer à organiser les services communautaires d'hygiène publique. Ils ont eu un succès assez limité à ce point de vue. Ils se réunissent pour discuter des programmes et des questions qui se posent, pour entendre des rapports des médecins-hygiénistes régionaux et pour remplir les postes vacants au bureau de santé régional. Le bureau de santé régional se réunit périodiquement pour étudier les progrès de la région dans le domaine de la santé, pour consulter les médecins des services régionaux et pour conseiller ces derniers. Il est aussi chargé de réviser le budget et de faire des recommandations au ministre de la Santé publique.

Les services régionaux d'hygiène publique sont financés conjointement par la province et par les municipalités. Les revenus provenant des impôts provinciaux permettent de régler, en moyenne, 75 p. 100 des frais d'administration. En aucun cas, une municipalité n'a l'obligation de payer plus de 50 cents par personne par année. Les subventions nationales à l'hygiène, quand on peut les obtenir, servent aussi à financer certains services.

La Division provinciale des services régionaux d'hygiène surveille le travail des médecins-hygiénistes régionaux et coordonne les programmes et les services des diverses régions. Les divisions techniques du ministère dispensent directement des services et des conseils, dans les régions où le besoin s'en fait sentir.

---

[1] Tous les médecins-hygiénistes régionaux doivent avoir un diplôme en hygiène publique ou un diplôme équivalent. Plusieurs sont aussi des spécialistes en hygiène publique, diplômés du Collège royale des médecins et chirurgiens du Canada.

Salubrité

Chaque région sanitaire emploie des inspecteurs sanitaires diplômés pour vérifier régulièrement l'état des systèmes d'aqueducs et des égouts, ainsi que la production et la distribution du lait et des produits qu'on en tire. On surveille la manutention des aliments, les restaurants et les autres établissements fournissant de la nourriture, ainsi que toutes les espèces de fabriques de produits alimentaires. Les inspecteurs sanitaires s'occupent aussi activement d'enseigner l'hygiène, en particulier en ce qui concerne la manutention des aliments et l'hygiène des camps.

La Division provinciale de la salubrité (service du génie sanitaire) soutient activement le travail de la région sanitaire, grâce à ses services techniques et consultatifs, qui aident les municipalités à résoudre les problèmes relatifs aux systèmes d'aqueducs et aux égouts. Cette division procède aussi à des inspections régulières de ces installations.

Quatre inspecteurs sanitaires du lait, employés par le Ministère, surveillent les usines de pasteurisation et la qualité du lait pasteurisé dans toutes la province.

Lutte contre les maladies contagieuses

Les services régionaux et municipaux d'hygiène voient à l'application des règlements relatifs à la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, et aux mesures de prévention, de contrôle et de traitement. On procède à des immunisations en masse dans toutes les régions sanitaires et les grandes villes. Des mesures de protection contre la variole, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite sont continuellement appliquées. On peut relever un détail inhabituel: ce sont les infirmières-hygiénistes qui se chargent de la plupart des immunisations. On insiste particulièrement sur l'immunisation contre la poliomyélite, aussi bien pour les adultes que pour les enfants. Le vaccin Salk avait déjà été administré à 97.8 p. 100 des enfants de moins de 16 ans et à 69.1 p. 100 des adultes de 17 à 40 ans, à la fin de décembre 1960. En 1962, 85 p. 100 environ de la population avait reçu une injection de vaccin Sabin trivalent administré par voie buccale. En février et mars 1963, tous les enfants ont reçu une deuxième injection de vaccin Sabin.

Dans toutes les régions sanitaires, il y a des programmes de lutte contre les maladies streptococciques qui peuvent produire la fièvre rhumatismale. Parmi ces mesures, on compte les distributions gratuites de péniciline dans les cas d'infections streptococciques, y compris la scarlatine, ainsi que des mesures prophylactiques continuelles pour les cas reconnus de fièvre rhumatismale. Dans chaque région, les comités médicaux consultatifs ont pour fonction d'évaluer les cas qui leur sont soumis par les médecins traitants.

Lutte contre la tuberculose

Depuis 1911, la ligue antituberculeuse de la Saskatchewan se charge du programme de lutte contre la tuberculose et du traitement de cette maladie, conformément à la Loi sur les sanatoriums et les hôpitaux pour tuberculeux. Il existe deux

sanatoriums, l'un à Saskatoon, l'autre à Fort Qu'Appelle. La province accorde une allocation d'assistance de $4 par jour à tous les malades. Les autres frais sont remboursés par les impôts levés dans les municipalités. De plus, le gouvernement fédéral paie des subventions pour les services fournis aux Indiens et aux Esquimaux, et on peut obtenir des subventions nationales à l'hygiène pour les programmes de lutte préventive. Les fonds provenant des impôts municipaux couvrent la moitié environ du coût total.

Des programmes de dépistage ont été établis dans toute la province; on a recours sur une vaste échelle à des épreuves à la tuberculine et à des radiographies pulmonaires de rappel; on effectue aussi des études spéciales sur les groupes de personnes qui sont particulièrement exposées à contracter la tuberculose, par exemple les habitants des districts septentrionaux. Au moment de l'admission dans un hôpital, on fait des radiographies pulmonaires en miniature. Dans les sanatoriums et dans certains hôpitaux, il y a des services réguliers de consultation pour les tuberculeux. Le travail de dépistage est surtout financé par des dons et des campagnes de charité, comme celle du timbre de Noël.

Les Services de santé du Nord et des Indiens, qui font partie du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, sont chargés de la lutte préventive parmi les Indiens, en collaboration avec la Ligue antituberculeuse. Les services de santé effectuent les enquêtes, et la Ligue interprète les radiographies et fournit des services cliniques auxquels les médecins peuvent adresser leurs malades.

Lutte contre les maladies vénériennes

Ce programme est dirigé par la Division provinciale de la lutte contre les maladies vénériennes. Le gouvernement a organisé à Regina, Saskatoon, Moose Jaw et Prince-Albert, des services de consultation gratuits pour les malades et les personnes qui sont ou ont été en relations intimes avec eux. Les frais de traitement sont remboursés aux médecins. Le personnel des régions sanitaires et des services d'hygiène municipaux s'occupe de l'examen des personnes suspectes, du dépistage et de la surveillance. Les traitements et les médicaments sont gratuits. Quand l'hospitalisation est jugée nécessaire, les frais en sont payés. Des services consultatifs sont à la disposition des médecins. La Division de l'enseignement de l'hygiène a mis au point un programme éducatif.

Hygiène maternelle et infantile

La Division provinciale de l'hygiène maternelle et infantile a deux médecins consultants employés à plein temps, un obstétricien et un pédiatre, qui ont tous deux une formation spéciale en hygiène publique: ces médecins jouent le rôle de consultants, établissent des normes, mettent au point les programmes et coordonnent les services des diverses régions.

Dans les régions sanitaires, les infirmières-hygiénistes donnent des cours d'hygiène prénatale et font des visites à domicile avant et après les naissances, en collaboration avec les médecins et le personnel de l'hôpital local. On fait toujours subir aux nouveau-nés un examen de dépistage de la pnénylcétonurie. Les

services de santé pour enfants prennent la forme de conférences ou de consultations. L'hygiéniste alimentaire de la région donne des conseils sur les régimes alimentaires de la mère et du nouveau-né.

Services d'hygiène scolaire

Dans les régions sanitaires, il y a des services de consultation préscolaires. Les infirmières-hygiénistes s'occupent activement d'un programme d'hygiène scolaire qui comprend des visites dans les classes et des entrevues avec les instituteurs et les directeurs d'école. Conformément au programme de prévention de la cécité, les enfants qui ont des défauts de vision sont envoyés chez l'ophtalmologue pour examen et traitement, si c'est nécessaire. S'ils ont besoin de lunettes, on leur en procure gratuitement quand les parents ne peuvent les payer. L'hygiéniste alimentaire de la région s'occupe d'enseigner l'hygiène alimentaire à l'école. Le psychologue spécialisé en éducation travaille en collaboration étroite avec les instituteurs, afin de mettre en pratique, à l'école, de bons principes d'hygiène mentale, et de résoudre les problèmes que présentent les enfants "difficiles". Les inspecteurs sanitaires surveillent la qualité de l'éclairage et de l'eau, l'enlèvement des ordures et la sécurité des terrains de jeu dans les écoles. La division provinciale de l'hygiène scolaire travaille en collaboration étroite avec ces dernières.

Infirmières-hygiénistes

On a décrit la plupart des services locaux de chaque région. La Division provinciale a pour fonction de conseiller et de coordonner les services des diverses régions. Cette division offre aussi aux élèves-infirmières des universités et des hôpitaux la possibilité d'acquérir de l'expérience, dans le domaine de la santé publique, et surveille leur travail. De plus, la directrice provinciale des services infirmiers est assistée de quatre consultantes, qui apportent leur aide et leurs conseils à l'établissement de programmes d'hygiène maternelle et infantile, de rééducation et à d'autres programmes relatifs aux soins infirmiers d'hygiène publique.

Services de laboratoire

Tous les examens de laboratoire concernant la santé publique, ainsi que d'autres examens, sont faits gratuitement par le laboratoire d'hygiène publique à Regina. De plus, ce laboratoire a un service de tests cliniques pour les médecins des petits hôpitaux et des régions rurales, qui peuvent y envoyer leurs spécimens par la poste. Le laboratoire provincial complète n'importe quel examen commencé sur le plan local. Il sert de laboratoire de référence et fixe des normes pour tous les laboratoires des dispensaires et des hôpitaux de la province. Les principales divisions du laboratoire sont celles de la bactériologie, de la chimie, de l'hématologie, de l'immunologie, de l'étude des virus, et des examens du lait et de l'eau.

Services d'hygiène dentaire

La Division provinciale a mis en oeuvre un programme consultatif, destiné en même temps à augmenter le nombre de ses dentistes. A cause de l'impossibilité de

recruter un nombre suffisant de dentistes pour les services d'hygiène publique, il n'existe encore que deux programmes régionaux de soins dentaires pour enfants. Ce sont les programmes des régions de Swift Current et d'Assiniboia. A Regina et à Saskatoon, des programmes destinés avant tout à la prévention mais qui fournissaient aussi des traitements curatifs, ont été modifiés à cause d'une pénurie de personnel.

La fluorisation de l'eau potable est un fait accompli dans 51 villes. Dans les régions sanitaires, on distribue des comprimés de fluorure aux futures mères et aux enfants d'âge pré-scolaire. Cinq régions sanitaires employaient auparavant des hygiénistes dentaires qui dirigeaient des programmes de prévention et d'éducation du public. Ces programmes ont dû être abandonnés, faute d'hygiénistes. Aux termes de la Loi sur l'assistance sociale, diverses catégories de personnes qui bénéficient de l'assistance publique peuvent recevoir gratuitement des soins dentaires.

Enseignement de l'hygiène

La Division provinciale a un programme très actif et travaille en étroite collaboration avec les services des régions sanitaires, les écoles et les autres groupements locaux; ce programme concerne surtout l'hygiène mentale, l'hygiène dentaire et les campagnes contre l'usage du tabac.

Les hôpitaux et le régime d'assurance-hospitalisation

Le "*Canadian Hospital Directory*" de 1963 indique 169 hôpitaux et un total de 12,731 lits en Saskatchewan. De ces lits, 615 sont réservés aux malades chroniques, 86 aux contagieux, 4,654 aux malades mentaux, 47 aux malades qui ont besoin de traitement orthopédique et 413 aux tuberculeux, alors que 6,744 sont destinés à un usage général. Cent vingt hôpitaux sont administrés par les municipalités et les autres le sont par des conseils d'administration laïques, des ordres religieux, le gouvernement fédéral ou le gouvernement provincial.

Le régime des services hospitaliers de la Saskatchewan a été établi en 1947; c'était le premier du genre en Amérique du nord. Il fait maintenant partie du programme fédéral-provincial. Le régime offre des soins ordinaires, en salle commune, aux malades qui résident depuis au moins trois mois dans la province, s'ils ont payé un impôt personnel ou familial. D'autres services sont aussi offerts, par exemple les médicaments, les analyses de laboratoire, les radiographies et la radiothérapie, l'usage des salles d'opération et d'accouchement, ainsi que les anesthésiques. La taxe d'hospitalisation s'élevait, en 1964, à $20 par personne pour les adultes ou à $40 au maximum par famille. Les enfants de moins de 18 ans qui sont à la charge de leurs parents ou de tuteurs ne paient pas d'impôt. Le régime prévoit aussi toute une gamme de services pour les malades externes.

Soins médicaux

Aux termes de la Loi de la Saskatchewan sur les soins médicaux, loi votée en 1962, et des règlements qui s'y rattachent, les services des médecins sont payés

directement par la Commission des soins médicaux ou par des organismes reconnus, placés sous des auspices médicaux et associés à une compagnie d'assurance. Ces organismes, des services desquels bénéficient toutes les personnes qui résident dans la province, sont connus sous le nom d'"organismes approuvés de santé". Le régime est obligatoire et financé en partie par les primes des assurés. La prime annuelle est de $6 pour une personne seule et de $12 pour une famille. Cette prime est jointe à l'impôt; une personne seule paie donc $26 et une famille $52 par année. Nous ne donnerons pas ici de plus amples détails. Nous mentionnons ce régime simplement pour présenter un tableau complet des services.

Hygiène mentale

Deux hôpitaux psychiatriques sont administrés par le ministère de la Santé publique de la Saskatchewan, l'un à Weyburn, l'autre à North Battleford. On est en train d'ouvrir par étapes un centre psychiatrique, qui disposera finalement de 148 lits et fournira toute la gamme des services pour malades externes et malades de jour. Ce centre desservira Yorktown et la région environnante. Il y a des salles réservées au traitement intensif des troubles psychiatriques, dans les hôpitaux généraux de Regina et de Moose Jaw; il existe des dispensaires psychiatriques à plein temps dans ces deux centres, ainsi qu'à Saskatoon, Swift Current et Prince-Albert. Dans 19 localités, des dispensaires psychiatriques fonctionnent à temps partiel. Un bureau de recherche psychiatrique loue des locaux à l'hôpital universitaire de Saskatoon. L'hôpital universitaire a un service de psychiatrie et un service pour malades externes, auxquels le ministère accorde son assistance financière.

La moderne école de formation de Moose Jaw prend soin de 1,109 arriérés, enfants et adultes. A Prince-Albert, un établissement spécial peut loger 300 adultes arriérés.

Rééducation

Plusieurs ministères gouvernementaux et organismes indépendants se partagent les responsabilités relatives à la rééducation des invalides. Ces services sont coordonnés, ce qui diminue les lacunes et le double emploi. Dans le gouvernement fédéral, un comité interministériel de coordination de la rééducation se réunit régulièrement et assigne leurs tâches aux ministères particuliers. Au niveau provincial, un conseil de coordination de la rééducation qui représente environ 40 organismes, sert à informer les organismes indépendants, professionnels et publics des améliorations apportées aux programmes. Un coordonnateur provincial de la rééducation est secrétaire du comité interministériel, em même temps que directeur exécutif du conseil de coordination.

Le ministère du Bien-être social offre une gamme complète de services de réadaptation professionnelle. Le ministère de la Santé publique dirige deux grands centres de rééducation physique à Regina et à Saskatoon, et prête son personnel technique à d'autres centres. Il dirige aussi un centre d'appareils orthopédiques

et de prothèses. Le ministère de l'Éducation aide les commissions scolaires locales à organiser des classes spéciales pour les enfants physiquement et mentalement déficients, et accorde des subventions spéciales à ces enfants.

Le Conseil de la Saskatchewan pour les enfants et les adultes infirmes met à la disposition des personnes handicapées des services de consultation itinérants, des centres d'orientation professionelle et de préparation au travail, des services qui fournissent des appareils orthopédiques, et enfin, un service de transport. Ces services reçoivent l'aide du ministère de la Santé publique. La Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme a un petit service mobile de physiothérapie. La Croix-Rouge canadienne, l'Association des civils handicapés, certaines associations professionnelles et l'Institut national canadien pour les aveugles travaillent aussi activement dans ce domaine.

En plus des soins et traitements fournis en vertu de la Loi sur l'assurance médicale, les personnes qui sont atteintes de certaines maladies ou infirmité (alcoolisme, arthrite et rhumatisme, fièvre rhumatismale, défauts de l'ouïe ou de la vue, paralysie cérébrale, poliomyélite, paraplégie ou infirmités traitables par l'orthopédie, peuvent recevoir des soins médicaux grâce à de nombreuses organisations publiques ou bénévoles, en particulier celles que dirigent le ministère provincial de la Santé et le Conseil de la Saskatchewan.

En plus des installations ordinaires, soit médicales, soit de diagnostic, qui sont à la disposition des malades dans les services externes des centres de rééducation physique, il y a aussi des consultations pour les cas de paraplégie, de fissure du voile du palais, de glaucome, de vision diminuée et de troubles neurologiques; ces consultations sont tenues à l'hôpital universitaire de Saskatoon. Les centres de rééducation physique ont des consultations hebdomadaires pour le traitement de la poliomyélite, de la paralysie cérébrale et des infirmités curables par l'orthopédie; au centre de Saskatoon, il y a une clinique mensuelle pour traiter les fissures du voile du palais.

Soins à domicile

Le service de réadaptation médicale de l'hôpital universitaire a mis au point, en 1959, un programme de soins à domicile pour les malades souffrant de troubles neurologiques comme l'hémiplégie, la paraplégie, les infirmités dues à la poliomyélite et la dépression. Ce programme comprend des soins médicaux, des soins donnés à domicile par les infirmières de l'Ordre de Victoria et des infirmiers, des services sociaux et des services d'aide familiale. Environ 50 malades par année bénéficient de ces soins, et le personnel infirmier fait, en moyenne, 10 visites par jour.

Il existe aussi deux autres programmes de soins à domicile. L'un, à Moose Jaw, est sous les auspices d'un conseil local, et s'occupe d'environ 30 malades. Un programme de soins à domicile pour les malades mentaux qui devraient normalement être admis à l'hôpital a été mis en oeuvre à Saskatoon à un degré limité et sous la surveillance de la faculté de psychiatrie de l'université. On est en train de mettre

au point des programmes régionaux de soins à domicile, qui seront intégrés aux services infirmiers régionaux d'hygiène publique; ces derniers se chargeraient de donner des soins complets à domicile.

Soins aux vieillards

La direction du ministère provincial du Bien-être social et de la Réadaption qui s'occupe du logement et des maisons pour gens âgés offre des soins infirmiers professionnels dans plusieurs foyers pour vieillards malades, situés dans divers centres de la province. Des subventions de construction sont accordées aux municipalités, aux organismes religieux et à d'autres groupements, pour bâtir des foyers et des centres domiciliaires destinés aux vieillards. Les frais d'administration des hospices pour les vieillards et ceux de l'entretien des indigents sont partagés par la province et les municipalités.

Sous les auspices du ministère de la Santé, on a créé un "projet d'étude sur la maladie des vieillards et les maladies de longue durée", afin d'étudier les besoins de ce groupe de personnes dans les domaines de la santé et du bien-être et d'établir un programme d'information du public. Un Comité de 16 membres a travaillé pendant deux ans et demi à mettre au point un programme approprié et les plans d'établissements destinés à recevoir les vieillards et les personnes souffrant de maladies de longue durée. On a tenu des conférences régionales dans plusieurs centres régionaux. On a fait des études, des enquêtes sur les employeurs, de même que sur les personnes de plus de 65 ans qui vivaient dans des établissements pour vieillards, des foyers pour gens âgés et des centres gériatriques. Le rapport de ce comité a paru en juillet 1963 et contient un grand nombre de recommandations.

Programmes de bien-être

Beaucoup de ces programmes ont déjà été mentionnés. Selon le programme des services hospitaliers et le régime d'assurance médicale de la Saskatchewan, les citoyens de la province capables de subvenir à leurs propres besoins et de payer des impôts sont tenus à s'assurer à leurs frais, tandis que les bénéficiaires de l'assistance publique sont assurés par la Province. La municipalité doit payer la taxe d'hospitalisation et la prime d'assurance médicale pour ses citoyens qui sont incapables de le faire. Le ministère du Bien-être social et du Rétablissement rembourse aux municipalités environ 93 p. 100 des frais occasionnés par l'assistance aux indigents. Chaque année, les municipalités doivent payer une contribution, fixée au prorata de la population et équivalant à 7 p. 100 environ du coût de l'assistance sociale; la Province rembourse alors toutes les dépenses réelles.

La Province dirige les services d'adoption et d'aide à l'enfance et aux mères célibataires. Elle paie le coût de l'entretien de leurs bénéficiaires dans les établissements appropriés.

Commentaires recueillis dans la province

Au lieu de présenter beaucoup de commentaires personnels, nos correspondants ont surtout envoyé des documents à l'appui de leurs points de vue. En général, ces

documents fournissent des arguments en faveur d'un système régional de services de santé qui comprendrait les services d'hygiène publique, de soins médicaux généraux et spécialisés, de soins hospitaliers, de bien-être social, d'hygiène mentale et de gériatrie, de même que les services organisés de soins à domicile, les services d'ambulance, les foyers pour convalescents ou malades chroniques, les services de réadaptation et certains autres services. On propose de tenter une expérience témoin d'organisation régionale, qui permettrait de résoudre les problèmes d'ordre pratiques avant de réaliser le programme proposé. Les documents comprenaient:

1 *Organisation proposée des services de santé de la Saskatchewan,* rapport des bureaux de santé régionaux des régions sanitaires de la Saskatchewan au Comité consultatif de planification des soins médicaux (12 janvier 1961) (autocopié)

2 *Rapport supplémentaire sur l'intégration proposée des services régionaux de santé et de bien-être social,* rapport du Commité permanent des bureaux de santé régionaux au Comité consultatif de planification des soins médicaux (7 juillet 1961) (autocopié).

3 *Mémoire à la Commission royale d'enquête sur les services de santé,* présenté par le Gouvernement provincial de la Saskatchewan (janvier 1962) (autocopié) et supplément du 27 août 1962 (autocopié).

ALBERTA

Hygiène publique

Organisation

Chaque municipalité a assumé la responsabilité des services d'hygiène jusqu'en 1929, alors que la législature a décidé d'organiser des unités sanitaires dont chacune desservirait un groupe de municipalités. Il y a maintenant 24 unités sanitaires dont chacune dessert, en moyenne, une population de 28,000 personnes, et dont les territoires s'étendent à toutes les régions habitées, à l'exception des villes d'Edmonton et de Calgary. L'administration en est confiée à un comité local, dont les membres sont tous désignés par les conseils des municipalités qui font partie de l'unité. Le territoire de chaque unité est divisé en circonscriptions, lesquelles envoient siéger au comité un représentant de l'un de ses conseils municipaux. De cette façon, le nombre des membres du comité reste relativement petit. Les comités des unités sanitaires engagent le personnel[1]. Le médecin-hygiéniste s'occupe de l'administration courante. Le personnel est généralement composé d'un médecin-hygiéniste, de quatre ou cinq infirmières-hygiénistes, d'un

[1] Il y a un salaire minimal, fixé par la province pour chaque catégorie d'employés de l'unité sanitaire. Ce barème sert aussi de base pour calculer les contributions au fonds de retraite des fonctionnaires provinciaux.

inspecteur sanitaire, d'une ou deux sténographes et techniciennes, et d'un secrétaire-trésorier travaillant à temps partiel.

La province et les municipalités se partagent les frais d'administration[1]. La province accorde une subvention générale dont le montant varie, évidemment, au prorata de la population que dessert l'unité[2]. Les municipalités qui font partie de cette dernière doivent fournir un montant au moins égal aux deux tiers de la subvention provinciale.

Dans les villes d'Edmonton et de Calgary, les services municipaux fonctionnent à temps plein et comprennent toute la gamme des services d'hygiène publique, y compris les services d'hygiène scolaire. Ils reçoivent, pour des fins générales d'hygiène publique, des subventions provinciales annuelles de 50¢ par personne qui réside dans leur ville, et des subventions de 10¢ par personne pour les services d'hygiène dentaire.

A l'exception de quelques districts où il y a des infirmières municipales[3], les services d'hygiène publique, dans les régions non organisées qui ne font pas partie d'une unité sanitaire et où la population est clairsemée, sont placés sous la responsabilité directe du ministère provincial de la Santé publique.

La division provinciale qui s'occupe des services de santé locaux met à la disposition du personnel et des comités locaux des services consultatifs et des services de renseignements sur les questions administratives et techniques. Cette division s'occupe aussi du payement des subventions aux services de santé municipaux et aux unités sanitaires. Les services essentiels sont décentralisés, mais le ministère provincial de la Santé publique et le Bureau provincial de santé surveillent et subventionnent les services locaux et dirigent directement certains services spéciaux, ainsi que les services des régions non organisées qui ne font pas partie d'unités sanitaires.

Salubrité

La responsabilité première, quant à l'inspection sanitaire et à l'éducation du public, incombe aux services locaux d'hygiène publique ou à l'unité sanitaire locale; leurs inspecteurs sanitaires doivent surveiller tous les aspects de l'hygiène du milieu, y compris les approvisionnements alimentaires, les laiteries, les abattoirs, les boulangeries, les restaurants, les camps pour touristes, les camps de bûcherons, les systèmes d'aqueducs et les égouts. La Division provinciale du génie sanitaire offre un service consultatif aux services d'hygiène municipaux et aux unités sanitaires, mais elle se charge directement de certains problèmes spéciaux comme la pollution des eaux et de l'air par des industrie chimiques et pétrolières. Les bureaux de santé locaux ont toujours la responsabilité de faire appliquer les lois relatives à l'hygiène du milieu.

---

[1] Les dépenses minimales s'élèvent à $1.60 par personne et par année.

[2] Une subvention est aussi accordée pour les services dentaires; elle représente un cinquième de la subvention générale.

[3] Les municipalités peuvent nommer des infirmières. Quelques municipalités, situées dans des régions non organisées et en dehors des territoires des unités sanitaires, l'on fait.

Lutte contre les maladies contagieuses

Les services d'hygiène municipaux et les unités sanitaires font appliquer les règlements au sujet des maladies dont la déclaration est obligatoire, prennent les mesures nécessaires pour assurer l'isolement et la mise en quarantaine des malades, distribuent gratuitement des produits biologiques et mettent en oeuvre des programmes d'immunisation. On attache beaucoup d'importance à la vaccination des personnes âgées de moins de quarante ans contre la poliomyélite. Les infirmières-hygiénistes s'occupent de presque toutes les vaccinations. Cette mesure assure la continuité dans le service et l'uniformité dans la tenue des registres.

Selon le programme pour la prévention de la fièvre rhumatismale, les enfants âgés de moins de 18 ans dont la fiche médicale indique qu'ils ont déjà souffert de cette maladie bénéficient de services prophylactiques, qui comprennent la distribution de comprimés de pénicilline.

Lutte antituberculeuse

Les services antituberculeux relèvent, en Alberta, de la Division provinciale de la lutte contre la tuberculose, de l'Association antituberculeuse de l'Alberta et des unités sanitaires régionales. La division dirige un programme général de prévention, organise des services de diagnostic et administre les deux sanatoriums d'Edmonton et de Calgary. L'Association antituberculeuse de l'Alberta fournit du personnel et du matériel pour des études générales; elle prend aussi d'autres mesures sociales et préventives, en collaboration avec les unités sanitaires régionales. La Province et l'Association se partagent les frais de consultations itinérantes. Les unités sanitaires régionales et les services municipaux ont la responsabilité de faire examiner les écoliers dont la réaction aux tests antituberculeux a été positive, et de dépister les personnes qui ont été en contact suivi avec eux.

Lutte contre les maladies vénériennes

La division de l'hygiène sociale et du ministère provincial de la Santé dirige le programme de lutte contre les maladies vénériennes. Elle se charge de réunir les données et d'organiser des services consultatifs pour les médecins, auxquels elle fournit gratuitement les médicamments nécessaires. Il y a des dispensaires antivénériens à Edmonton, à Calgary et à Lethbridge, ainsi que dans deux prisons. Une consultation itinérante dessert les régions éloignées des centres.

Hygiène maternelle et infantile

Ces services, dont s'occupent surtout les infirmières-hygiénistes, font partie du programme général d'hygiène publique, mais sont décentralisés et répartis entre les unités sanitaires régionales et les services municipaux d'infirmières. Ils comprennent l'enseignement de l'hygiène prénatale, des visites aux accouchées, des conférences sur l'hygiène du nouveau-né et de l'enfant, des consultations et des visites à domicile, et enfin, des consultations et des visites spéciales pour les enfants d'âge préscolaire. On vaccine les enfants contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (jusqu'à l'âge de 5 ans seulement), la poliomyélite et la variole. Les

soins aux mères avant l'accouchement sont donnés par les médecins de famille, par les infirmières de l'Ordre de Victoria à Edmonton, Calgary, Lethbridge et Medicine Hat, et dans les consultations pour malades externes des grands hôpitaux.

On tient un registre provincial des enfants infirmes.

Enseignement de l'hygiène

Le Service d'enseignement de l'hygiène, qui fait partie de la Division des services locaux d'hygiène, comprend un service consultatif pour aider à préparer et à établir des programmes d'hygiène qui répondent à des besoins particuliers. Le service embrasse deux vastes domaines; premièrement, il s'occupe des personnes, individuellement ou en groupe, et secondement, il fait un usage judicieux des différents moyens de communication.

Hygiène alimentaire

La section de l'hygiène alimentaire a un service scolaire, qui comprend des démonstrations sur la façon de nourrir les animaux, des rapports d'enquêtes sur l'alimentation et du matériel d'enseignement destiné aux instituteurs. Le programme d'éducation des élèves, en ce qui concerne les repas à l'école, est un programme à long terme.

Hygiène dentaire

Les services d'hygiène municipaux et les unités sanitaires offrent parfois un service dentaire, sous la direction de dentistes employés à temps complet ou à temps partiel. Ces services s'occupent avant tout de mesures préventives[1], mais ils donnent parfois des traitements curatifs d'urgence. On donne beaucoup d'importance aux services dentaires destinés aux enfants. La division provinciale fournit des services de consultation et une aide financière à ces programmes. La subvention annuelle accordée aux services dentaires des unités sanitaires représente un cinquième de la subvention générale aux services de santé. Les municipalités doivent à leur tour offrir une somme égale aux deux tiers de cette subvention. On demande aux villes de plus de 100,000 habitants de payer 10¢ par personne par année. Faute de personnel, on a diminué l'envergure des services et le nombre des régions qui bénéficient du programme dentaire.

Laboratoires

L'université de l'Alberta dirige deux laboratoires d'hygiène publique pour le compte du ministère de la Santé publique. Le laboratoire central est à Edmonton et la division secondaire est à Calgary.

---

[1] Par exemple, le nettoyage et le détartrage des dents et les applications topiques de fluorure sur les dents des enfants.

Les hôpitaux et le régime d'assurance-hospitalisation

A la division du ministère de la Santé publique de l'Alberta, qui s'occupe des hôpitaux, incombe surtout la responsabilité d'administrer le régime d'assurance-hospitalisation. Quarante p. 100 des frais sont assumés par le gouvernement fédéral. La part de la province provient de revenus généraux. Les hôpitaux reçoivent un paiement mensuel dont le montant dépend du nombre de lits. Cette somme couvre les frais approuvés de l'hôpital, moins les frais comblés par d'autres revenus, c'est-à-dire les frais qui viennent de ce que l'hôpital doit toujours être prêt à recevoir des malades, alors que l'assurance collective payée par le malade couvre approximativement les frais supplémentaires de son séjour à l'hôpital. Cette assurance fournit de $1.50 à $2 par jour de maladie. Les bénéficiaires de l'assistance publique ne sont pas assurés.

Selon le *Canadian Hospital Directory* de 1962, il y avait en tout 135 hôpitaux en Alberta, avec un total de 16,385 lits; 1,824 de ces lits étaient réservés aux malades chroniques, 36 aux contagieux, 32 aux convalescents, 8,577 aux malades atteints d'affections courantes, et 4,834 aux malades mentaux. Il y avait 84 lits pour les malades soumis à un traitement orthopédique, et 998 lits pour les tuberculeux.

Hygiène mentale

La Division de l'hygiène mentale du ministère de la Santé publique comprend trois sections principales; la section des hôpitaux, celle des services d'orientation et celle du programme d'eugénisme. Il y a des hôpitaux à Ponoka, Claresholm, Raymond, Edmonton et Camrose. Il existe une école professionnelle pour débiles mentaux à Red Dear. Il y a aussi une section spéciale pour les soins aux enfants atteints de troubles émotifs. Aux termes du régime d'assurance-hospitalisation, il existe des services psychiatriques dans les hôpitaux d'Edmonton et de Calgary, où l'on offre aussi de nombreux services aux malades externes.

On donne régulièrement des consultations d'orientation à Edmonton, Calgary, Lethbridge et Red Deer. Les consultations locales organisées par les unités sanitaires sont visitées périodiquement par des équipes des centres d'orientation.

La Loi sur la stérilisation sexuelle, adoptée en 1928, a été la première loi de ce genre dans le Commonwealth. Elle est appliquée par la Commission de l'eugénisme, dont les membres sont désignés par le Lieutenant-gouverneur en conseil.

Rééducation

Le ministère du Bien-être social a établi un programme de rééducation professionnelle, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, le Service national de placement et d'autres organismes. Le ministère de la Santé publique a des services de rééducation pour les malades atteints de paralysie cérébrale, les jeunes personnes qui souffrent d'arthrite, les victimes de la poliomyélite et d'autres maladies chroniques. Les organismes bénévoles qui s'occupent de certains groupes d'infirmes dispensent aussi des services. Les services qu'il est possible d'obtenir

sont les suivants: soins hospitaliers et médicaux, physiothérapie, services pour malades hospitalisés et malades externes, services dentaires, ophtalmologiques et infirmiers, soins donnés par le pédicure et le chiropracteur avec l'approbation de la Division des services médicaux. Le ministère de la Santé publique a des services de prothèses pour les malades qui ont souffert de poliomyélite ou de paralysie cérébrale. Le ministère du Bien-être social fournit des prothèses, y compris des appareils auditifs; cela fait partie du service des traitements médicaux, conformément à son programme de rééducation des infirmes. Les jeunes personnes de 16 ans ou plus peuvent bénéficier de services de rééducation professionnelle, aux termes de la Loi sur le bien-être social. Le Service national de placement a une section spéciale qui s'occupe des personnes handicapées.

A Edmonton et à Calgary, il y a des services publics de consultation pour les alcooliques et pour les personnes qui souffrent de rhumatisme déformant et de paralysie cérébrale. L'hôpital universitaire a des dispensaires consacrés à l'orthopédie, à l'orthoptie et au traitement du glaucome. L'hôpital pour les enfants possède également des services d'orthopédie et d'orthoptie.

Un certain nombre d'hôpitaux ont des services de physiothérapie pour malades externes, et plusieurs hôpitaux s'occupent de physiothérapie.

Le coordonnateur provincial des services de rééducation travaille en collaboration étroite avec divers groupements bénévoles au service des infirmes, et préside le comité interministériel sur la rééducation; ce comité coordonne les services du gouvernement, examine leur travail et leur donne des conseils quant à la ligne de conduite à suivre. Le Conseil de l'Alberta pour les adultes et les enfants infirmes est une association provinciale bénévole qui groupe et coordonne les services de quelque 50 organismes, y compris les sociétés locales de rééducation, l'Association contre la paralysie cérébrale, des clubs philanthropiques et d'autres associations qui s'intéressent à la rééducation. Ce Conseil offre parfois des soins aux enfants qui lui sont recommandés par les associations et les clubs affiliés. Les services que le Conseil peut dispenser comprennent le transport jusqu'aux centres médicaux où se donnent les traitements, le diagnostic, les soins médicaux, les prothèses et autres appareils, ainsi que d'autres services spéciaux, quand il faut apporter une aide financière et lorsque ces services ne pourraient être obtenus ailleurs. Le Conseil dirige un camp d'été pour les enfants et les adultes infirmes. La plupart des installations de traitement se trouvent à l'*Alberta Children's Hospital* et à l'hôpital universitaire de l'Alberta.

Parmi les organismes bénévoles qui s'intéressent à la rééducation de certains groupes particuliers d'infirmes, on peut citer les filiales de l'Association canadienne antituberculeuse de l'Alberta et de l'Institut national canadien pour les aveugles, la Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme, la *Western Canada Epilepsy League* et l'Association contre la paralysie cérébrale. Certains organismes aident des infirmes, quelle que soit leur infirmité. Des ateliers protégés, subventionnés par le gouvernement s'occupent, à une échelle restreinte, de rééducation professionnelle, et offrent des emplois aux infirmes; ils ont été organisés par des sociétés bénévoles à Edmonton, Calgary, Lethbridge et Medicine Hat. Le chapitre provincial

de la Fondation canadienne contre la poliomyélite et pour la rééducation collabore avec d'autres associations du même genre, dans tous les cas où le besoin s'en fait sentir. Un centre de rééducation pour malades externes, destiné aux ouvriers blessés, est dirigé par la Commission des accidents du travail à Edmonton. L'hôpital de l'Université de l'Alberta, à Edmonton, offre aussi de nombreux services. Le conseil de l'Alberta pour les adultes et les enfants infirmes met certains services, qui ne sont pas fournis par le gouvernement, à la disposition des enfants handicapés.

Le ministère de l'Éducation a la charge des classes spéciales, dirige l'École pour les sourds de l'Alberta et subventionne les commissions scolaires locales et les organismes bénévoles qui organisent des classes spéciales pour enfants exceptionnels.

Le régime d'assurance-hospitalisation de l'Alberta protège aussi les malades chroniques. Sous ses auspices, dix maisons de santé ont été approuvées et 32 hôpitaux auxiliaires seront construits. Ces derniers seront destinés aux vieillards ainsi qu'aux malades hospitalisés pour une longue période mais qui ont surtout besoin de soins généraux et de physiothérapie.

Soins à domicile

Les infirmières de l'Ordre de Victoria donnent des soins à domicile à Edmonton, Calgary, Lethbridge et Medicine Hat.

Soins aux vieillards

Le gouvernement provincial a fait construire un certain nombre de foyers pour vieillards, au cours des trois dernières années. Ils sont administrés par des conseils locaux et placés sous la surveillance générale du ministère du Bien-être social de l'Alberta.

Programmes de bien-être

La province rembourse aux municipalités 80 p. 100 de leurs frais généraux d'assistance publique et paie les allocations aux déficients mentaux et physiques, aux mères qui ont des enfants à leur charge et aux personnes qui ne peuvent gagner leur vie à cause de leur âge.

Les services de protection de l'enfance, d'adoption et d'aide aux mères célibataires sont administrés par la province.

Commentaires recueillis dans la province

Nos correspondants recommandent de faire des études plus approfondies dans chaque province, à cause des différences qui existent de l'une à l'autre.

Un de nos correspondants écrit ce qui suit:

> Il me semble que le mémoire donne une bonne idée des services existants, des lacunes dans les services, des problèmes et des besoins qui existent dans les quatre régions étudiées. A mon avis et, comme vous l'avez fait remarquer, il est regrettable qu'on n'ait pas eu le temps de faire une étude semblable dans chaque province.

Vous trouverez ci-joint un aperçu des observations que j'ai faites sur les divers sujets que vous traitez:

Bien que les salaires payés actuellement aux employés des services d'hygiène soient considérablement plus élevés qu'il y a quelques années, ils sont encore, dans bien des cas, très inférieurs à ceux qui pourraient attirer de jeunes hommes et de jeunes femmes intelligents vers le domaine de l'hygiène publique et les y retenir. Si l'on veut obtenir le personnel compétent nécessaire à la bonne marche des bureaux régionaux d'hygiène publique et de bien-être social, il faut prévoir un grand accroissement du nombre de bourses d'études accordées aux personnes qui ont les qualités requises pour ce travail.

Dans bien des cas il est impossible, aujourd'hui, de trouver du personnel spécialisé en hygiène publique, pour remplacer les fonctionnaires qui prennent leur retraite. Il faudrait prendre des dispositions pour retenir les services des employés bien formés et expérimentés qui approchent de l'âge habituel de la retraite, quand ces personnes sont encore actives et capables de rendre d'excellents services. Nous ne pouvons guère nous permettre de perdre des gens très compétents et encore tout à fait capables de faire du bon travail.

Quant à la recommandation de grouper les services de santé et de bien-être social et de les intégrer en unités régionales, c'est là un programme qui offre bien des avantages. Cependant, il susciterait un grand nombre de problèmes sur le plan local et provincial. Il faudrait faire l'éducation du public, dans les différentes régions, pour souligner les avantages de ce programme avant qu'il soit mis en oeuvre. Il serait à craindre, étant donné l'expansion rapide du programme de bien-être social, que le budget de ce programme s'accroisse au point de reléguer à l'arrière-plan le programme d'hygiène préventive. Un programme qui offre des services de traitement est encore aujourd'hui beaucoup plus populaire auprès du public et des législateurs qu'un programme solide et bien conçu d'hygiène préventive. A mon avis, il faudrait organiser, à titre expérimental, un certain nombre d'unités réunissant les services régionaux d'hygiène et de bien-être social, dans des régions choisies un peu partout au Canada; ces unités devraient fonctionner pendant cinq ans au moins, afin qu'on puisse se rendre compte des résultats que donnerait un programme réunissant les services de santé et les services de bien-être social dans les grands centres urbains, dans les petites villes, dans les districts ruraux et dans les régions isolées. On devrait faire cette expérience, avant de se lancer dans un programme à l'échelle nationale.

Il faudrait éliminer les services d'hygiène publique fonctionnant à temps partiel. Les districts où ce genre de services existe devraient être englobés dans les unités sanitaires des districts avoisinants, ou organisés en unités fonctionnant à plein temps, là où le nombre d'habitants justifie un tel programme. Il faudrait aussi insister davantage sur l'importance d'un programme bien conçu d'enseignement de l'hygiène, qui devrait être placé sous la direction d'un éducateur-hygiéniste compétent. Un instituteur diplômé qui a reçu une formation spéciale en enseignement de l'hygiène, ou une infirmière-hygiéniste ayant reçu la même formation, peuvent, s'ils ont du talent pour ce genre de travail, mettre en oeuvre un programme efficace d'enseignement de l'hygiène dans toutes les unités sanitaires. Il y a encore beaucoup de travail à accomplir dans ce domaine.

Il est important d'éveiller l'intérêt et d'établir une collaboration étroite entre les organismes locaux, provinciaux, et bénévoles, les médecins, les dentistes, les infirmières et les instituteurs, dans toutes les régions desservies. Un conseil régional d'hygiène, formé de représentants de ces organismes et de ces professions, devrait se réunir au moins quatre fois par an; ce conseil pourrait apporter une aide précieuse en expliquant le programme d'hygiène publique aux membres de la collectivité qu'il dessert, et en faisant fonction de conseil consultatif auprès des autorités locales de la santé. Le bureau local de l'unité sanitaire devrait, autant que possible, être situé dans un hôpital général local. Voilà qui devrait aussi s'appliquer au bureau du service local du bien-être social.

Il faudrait attacher plus d'importance au maintien d'un vif intérêt chez les personnes qui bénéficient des services de l'unité sanitaire locale, et obtenir leur appui. Sans cet intérêt et sans cet appui, aucun programme d'hygiène ou de bien-être ne peut être efficace. Les municipalités comprises dans les unités sanitaires de district devraient supporter au moins un tiers des frais occasionnés par les services d'hygiène et devraient aussi, naturellement, être représentées aux conseils d'hygiène de district.

On devrait prévoir un service de soins d'urgence à domicile, soins qui seraient donnés par les infirmières de l'unité sanitaire locale, partout où la chose est possible. Si le nombre des infirmières-hygiénistes était insuffisant pour assurer ce service, il faudrait alors obtenir la collaboration d'un organisme bénévole, par exemple les infirmières de l'Ordre de Victoria. Le personnel infirmier des hôpitaux et les infirmières-hygiénistes devraient être soulagés du travail considérable que représentent la tenue des registres des hôpitaux ou du service d'hygiène et la mise au point des statistiques. Une grande partie de ce travail pourrait être confié à des commis et à des sténographes spécialement formés à cet effet. Dans ce domaine, on a beaucoup parlé mais peu agi.

Le programme de l'Alberta pour la formation des aides-infirmières est, à mon avis, un exemple à suivre; ce programme a apporté une aide immense, en mettant à la disposition de tous les hôpitaux qui en ont besoin les services d'aides-infirmières. Les écoles qui offrent un programme semblable ne devraient être organisées que par les ministères provinciaux de la Santé, et les aides-infirmières formées dans ces écoles ne devraient travailler que sous la direction et la surveillance d'infirmières autorisées.

On devrait accorder plus d'attention à la formation de personnes qui pourraient donner des soins à domicile et les premiers secours; la Société de la Croix-Rouge canadienne et l'Association ambulancière Saint-Jean donnent des cours en ces matières. Si l'on établissait un programme semblable de soins à domicile, beaucoup de personnes actuellement soignées dans les hôpitaux généraux ou dans les hôpitaux réservés aux malades chroniques pourraient être soignées chez elles. La Croix-Rouge des Jeunes a récemment publié un manuel sur les soins infirmiers à domicile, manuel utilisé dans son programme scolaire; elle a aussi organisé des cours de formation dans ce domaine. Ce programme a été bien accueilli et nous espérons qu'avec le temps, il sera mis à la portée de tous les membres de la Croix-Rouge des Jeunes du Canada.

Les hôpitaux destinés aux malades chroniques devraient se trouver à proximité du lieu de résidence des malades et être construits tout près d'un hôpital général. Beaucoup de malades chroniques ont besoin , à l'occasion, des services et des installations d'un hôpital général. Dans ce domaine, le programme de l'Alberta et celui qu'on est en train d'établir en Saskatchewan méritent d'être étudiés sérieusement. Une planification judicieuse est essentielle dans ce domaine, afin d'éviter que les services fassent double emploi et d'assurer des soins efficaces aux malades.

Partout, les services des organismes bénévoles d'hygiène et de bien-être social devraient entretenir d'étroites relations avec les services publics du même genre. Autant que possible, les bureaux de ces organismes bénévoles devraient être groupés dans un bâtiment voisin de l'hôpital général local et des bureaux locaux de l'unité sanitaire.

On ne saurait trop souligner l'importance du programme d'hygiène mentale, dans l'organization des services de santé d'un district. A mon avis, ce programme devrait être placé sous la direction et la surveillance de la Division provinciale de l'hygiène mentale, et devrait être étroitement lié à ceux des hôpitaux psychiatriques des diverses régions où il est appliqué. Il sera nécessaire d'augmenter de façon considérable le nombre des psychiatres, des psychologues et des travailleurs sociaux compétents, pour réaliser ce programme. Actuellement, ce problème n'est même pas effleuré, surtout dans les petits centres urbains, les districts ruraux et les régions isolées. Pour réaliser un pareil programme, il faudrait obtenir la collaboration totale des ministères provinciaux de l'Éducation et du Bien-être social.

On devrait, à mon avis, insister dans le mémoire sur la nécessité d'établir un programme complet d'hygiène industrielle. Ce programme devrait être placé sous la surveillance et la direction de la Division de l'hygiène industrielle du ministère provincial de la Santé.

On ne saurait assez faire ressortir la nécessité urgente de mettre au point un programme d'hygiène dentaire dans toutes les unités sanitaires. On ne peut apporter de changements appréciables à la situation déplorable qui existe actuellement dans le domaine des soins dentaires, à moins que le nombre de dentistes ne soit au moins trois fois plus élevé. En obtenant la collaboration des membres de la profession dentaire et en employant des hygiénistes dentaires compétents, on pourrait établir un programme d'hygiène dentaire préventive à l'intention des jeunes enfants, surtout dans les régions où qu'il n'y a aucun service dentaire actuellement. Les dispensaires mobiles, utilisés il y a bien des années en Alberta, offraient chaque été des services médicaux et dentaires et des services de petite chirurgie dans 24 des régions les plus isolées. Par ce moyen, ces services étaient accessibles aux enfants qui en avaient un besoin urgent.

A mon avis, il faudrait insister davantage, dans le mémoire, sur l'importance de la recherche dans le domaine de l'administration hospitalière et des services d'hygiène publique. Un personnel compétent qui dirige un programme de recherche solide et bien conçu, peut apporter une aide efficace à l'administration des hôpitaux et aux services d'hygiène publique, et un grand encouragement aux membres du personnel des hôpitaux et des services d'hygiène. Dans notre monde où tout change si rapidement, les programmes de recherche bien établis sont d'une importance vitale.

Si l'on veut obtenir les installations nécessaires à la formation, au Canada, d'un personnel beaucoup plus nombreux pour les hôpitaux et les services d'hygiène et de bien-être social, personnel indispensable à la mise en oeuvre d'un programme efficace de santé et de bien-être, il faudra augmenter de façon marquée le nombre des installations à cet effet dans les universités, les écoles d'hygiène et les hôpitaux d'enseignement. Pour réaliser ce projet, il sera nécessaire d'obtenir une généreuse aide financière de la part des gouvernements fédéral et provincial et de diverses organisations de bienfaisance. Les fonds sagement investis dans ce projet rapporteront des intérêts qui dépasseront de bien loin la somme dépensée, dans un avenir prochain comme dans les années qui suivront.

Un autre corespondant fait les commentaires suivants sur diverses questions:

Financement

Nous suggérons que la participation de 60:40 p. 100 s'applique aux régions rurales aussi bien qu'aux régions urbaines, pour les services d'hygiène publique.

Hygiène du milieu

La situation décrite est à peu près la même qu'en Ontario.

Services d'hygiène scolaire

A notre avis, ces services devraient être obligatoires.

Nous sommes d'accord avec la tendance actuelle de limiter le nombre des examens médicaux systématiques, mais nous considérons que de tels examens, faits au moment où l'enfant entre à l'école, sont décidément utiles.

Nous souscrivons entièrement à l'idée que les infirmières-hygiénistes ne devraient pas avoir à s'occuper des premiers soins dans les écoles.

Hygiène infantile et maternelle

Nous sommes aussi d'avis que les naissances devraient être annoncées assez tôt pour que les visites à domicile se fassent sans délai; il faudrait souligner encore d'avantage l'importance de cette question.

En Alberta, le service de consultations pour bébés bien portants est loin d'être réservé aux groupes socio-économiques inférieurs.

Les visites aux consultations pour bébés bien portants, en Alberta, ne sont pas interrompues après que ces derniers ont atteint l'âge d'un an.

Infirmières

Nous admettons sans réserve la nécessité de payer des salaires plus élevés aux infirmières autorisées, et d'encourager ces dernières à acquérir une formation postuniversitaire; nous pensons qu'il faudrait insister encore plus sur ce point.

Nous sommes d'accord sur le fait qu'il faudrait centraliser la formation des infirmières auxiliaires.

L'Alberta a deux écoles pour aides-infirmières, l'une à Edmonton, l'autre à Calgary; toutes deux sont administrées par le ministère provincial de la Santé publique.

Service d'ambulances

Nous sentons aussi le besoin de services organisés d'ambulances.

Soins à domicile

Nous pensons qu'on devrait faire une nette distinction entre les soins infirmiers à domicile, qui devraient être assurés par les unités sanitaires, et les services d'aides familiales, qui devraient dépendre des autorités locales du bien-être social.

Service de bien-être social

Il faut attirer l'attention encore plus fortement sur le besoin de travailleurs sociaux diplômés.

Organismes bénévoles

Nous reconnaissons la nécessité d'une meilleure coordination du travail des organismes bénévoles.

Nous pensons aussi que des relations plus étroites devraient exister entre les autorités de la santé publique et celles du bien-être social.

Suggestions sur l'administration régionale des services de santé

Nous reconnaissons le principe de l'organisation régionale des services de santé, organisation qui engloberait à la fois les hôpitaux et les services communautaires.

Nous proposons que l'administrateur en chef soit un médecin spécialisé en hygiène publique et qui soit, si possible, expérimenté en administration hospitalière.

Sous réserve d'un barème fixant le salaire provincial minimum, le salaire des administrateurs devrait être laissé à la discrétion de la commission régionale et ne devrait pas dépendre de l'assentiment des conseils qui contribuent à le payer.

Aucune municipalité ne devrait avoir le droit de veto sur les budgets, même pour des services facultatifs si on a décidé de fournir ces services.

Nous souscrivons à l'idée d'encourager les échanges de personnel spécialisé entre les hôpitaux et les services d'hygiène.

Nous recommandons que le médecin-hygiéniste soit membre du conseil consultatif de chacun des hôpitaux de la région placée sous sa juridiction.

Il y a en effet des lacunes à combler dans ce domaine (i.e. les relations entre les différents services d'hygiène communautaires).

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Hygiène publique

Organisation

De façon générale, les services locaux d'hygiène publique se divise en plusieurs groupes:

Il y a d'abord les unités sanitaires locales, dont chacune est sous la direction d'un Conseil général d'hygiène composé de représentants des municipalités et des commissions scolaires participantes, qui ont mis en commun leurs services d'hygiène municipaux et scolaires afin d'offrir un programme communautaire de santé dans les régions qui sont sous leur direction. Les membres du personnel professionnel, technique et de bureau de ces unités sanitaires sont tous des fonctionnaires provinciaux, ce qui assure dans tout le service l'uniformité des programmes, de même que des principes directeurs qui concernent le personnel. Cependant, les nominations et les permutations doivent être soumises à l'approbation du Conseil local d'hygiène, et à toutes fins pratiques, en ce qui concerne l'administration courantes le personnel est considéré comme employé par la municipalité. La direction de la Santé, par l'entremise du Bureau des services d'hygiène locaux, fournit directement des services d'orientation et de consultation. Les districts scolaires locaux agissent en tant que percepteurs de taxes, afin de recueillir sur place une somme de 30¢ par tête qui est versée à la Province. La province paie tous les frais additionnels d'administration à même les revenus généraux des impôts et les subventions nationales à l'hygiène[1].

Il y a des services de santé métropolitains pour le grand Vancouver et le grand Victoria, sous la direction de conseils de santé métropolitains qui remplissent les mêmes fonctions et mettent en oeuvre presque le même programme pour les deux agglomérations les plus populeuses de la province. Les autorités municipales doivent elles-mêmes engager le personnel et affecter des fonds pour financer ces services. La direction de la Santé, par ses subventions annuelles, contribue d'une manière appréciable au financement de ces deux services. De plus, elle fournit des services de consultation et divers autres services, y compris ceux des divisions des laboratoires, de la tuberculose et de la lutte contre les maladies vénériennes. A Vancouver, le Service de santé métropolitain est conçu d'après le principe des unités sanitaires. Il est divisé en régions dont chacune dépend d'une unité qui a son propre directeur, ses infirmières et ses inspecteurs sanitaires.

Dans toutes les unités sanitaires métropolitaines ou provinciales, le directeur de chaque unité est le médecin-hygiéniste de toutes les villes, municipalités et

---

[1]Au mois de février 1963, le coût des services de santé locaux s'établissait à environ $3 par tête.

villages, et des territoires non organisés de la région. Il remplit également les fonctions de médecin-hygiéniste dans les écoles des divers districts scolaires qui relèvent de son unité. Le personnel des unités sanitaires met en oeuvre un programme général d'hygiène publique. Les services permanents, qui comprennent la lutte contre les maladies contagieuses, l'hygiène maternelle et infantile, l'hygiène scolaire, l'hygiène dentaire préventive, l'hygiène du milieu et l'enseignement de l'hygiène. Les services spécialisés de lutte contre la tuberculose, de lutte contre les maladies vénériennes, de diagnostic par les tests de laboratoire, de santé mentale, d'hygiène du travail, d'épidémiologie, de rééducation, de statistique démographique, de diététique et de génie sanitaire, sont accessibles grâce aux consultants des diverses divisions de la direction de la Santé.

Plusieurs organismes bénévoles importants ont contribué à la construction de centres communautaires d'hygiène, qu'ils utilisent conjointement avec les unités sanitaires. C'est en effet dans ces centres que les unités sanitaires ont leurs bureaux.

Salubrité

Les services de salubrité s'occupent des inspections courantes et de la surveillance relatives à la salubrité des aliments, à l'alimentation dans les restaurants, aux approvisionnements d'eau potable, aux systèmes de tout-à-l'égout, aux plaintes qui concernent les atteintes à la salubrité du milieu, et enfin, à n'importe quel autre aspect de cette dernière question, quand la chose se révèle nécessaire. La Division du génie sanitaire fournit des services consultatifs quant aux problèmes particuliers, notamment en ce qui a trait à l'approvisionnement d'eau potable des municipalités, aux systèmes de tout-à-l'égout, à la pollution des cours d'eau, aux piscines et aux plages, et aux bancs de testacés.

Lutte contre les maladies contagieuses

Le médecin-hygiéniste local doit être informé de toutes les maladies contagieuses qui se déclarent dans sa région, et tout médecin est tenu de lui signaler les cas qu'il découvre. La direction de la Santé offre aux médecins, par l'entremise des unités sanitaires, des tests de diagnostic et des médicaments thérapeutiques et prophylactiques, de même que tous les produits biologiques utilisés dans ce domaine. On accorde une attention particulière à l'immunisation, qui commence chez les nourrissons et continue chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire.

Partout dans la province, il existe des services préventifs contre la fièvre rhumatismale.

Lutte antituberculeuse

Les unités sanitaires locales doivent s'occuper de la lutte antituberculeuse, en coopération avec les services consultatifs de la division de la lutte antituberculeuse. Le personnel de l'unité sanitaire arrête les horaires des dispensaires

mobiles, reçoit les rapports qui concernent les habitants de la région et aide à prendre les mesures nécessaires pour prolonger les traitements et la surveillance posthospitalière. Les infirmières-hygiénistes attachées aux unités sanitaires donnent des traitements antimicrobiens, s'il y a lieu; d'autre part, les unités sanitaires s'occupent activement de dépistage au moyen d'épreuves à la tuberculine, de concert avec la Société antituberculeuse de la Colombie-Britannique, organisme bénévole qui se charge d'une bonne partie de la publicité et de l'éducation du public, au cours des campagnes de dépistage.

Lutte contre les maladies vénériennes

Les autorités locales s'occupent de surveiller les malades connus et de prendre contact avec les personnes qui ont été en relations intimes avec ces derniers, et cela en coopération avec la Division de la lutte contre les maladies vénériennes. Cette division administre à Vancouver un dispensaire qui fonctionne à plein temps. Le personnel des bureaux de santé dirige des dispensaires qui fonctionnent à temps partiel dans divers centres de la province. Ces dispensaires offrent gratuitement des services de diagnostic et de traitement, et dans les régions où il n'y a pas de dispensaire, la Division passe un contrat avec des médecins indépendants, qui se chargent du diagnostic et du traitement lorsqu'il s'agit de malades indigents.

Hygiène maternelle et infantile

Ce service relève surtout des infirmières-hygiénistes. Elles s'occupent de l'éducation des parents au moyen de visites à domicile et de cours prénataux destinés aux parents qui attendent un enfant. Dans les centres métropolitains, ce sont surtout les infirmières de l'Ordre de Victoria qui se chargent de ce service.

Les infirmières font des visites postnatales à domicile, afin de conseiller la mère sur les soins à se donner à elle-même et à donner au nourrisson. On encourage la mère à emmener, aussitôt que possible, son bébé aux conférences sur l'hygiène infantile afin d'apprendre de mieux en mieux à s'occuper de lui; lors de ces conférences, on fait les immunisations. L'infirmière-hygiéniste fait des visites à domicile pour des cas particuliers, comme la prévention des attaques de fièvre rhumatismale, l'hygiène mentale ou les enquêtes dans les cas d'empoisonnement accidentel.

Service d'hygiène scolaire

Aux termes de la Loi sur les écoles publiques, chaque commission scolaire est tenue de fournir un service d'hygiène scolaire; toutefois, les commissions scolaires de la province ont transmis leur juridiction en ce domaine aux Conseils généraux d'hygiène, afin que les services d'hygiène scolaire soient dispensés par le personnel des unités sanitaires.

En principe, l'instituteur et l'infirmière-hygiéniste assument conjointement la responsabilité de la mise en oeuvre du programme. Le programme est fondé sur l'hypothèse que la majorité des écoliers jouissent d'une bonne santé physique,

mentale et émotive. On accorde une attention particulière à ceux qui souffrent d'une anomalie quelconque, afin d'inciter les parents à prendre des mesures correctives et d'aider les écoliers à s'adapter à leurs handicaps, si on ne peut les corriger. Des entretiens entre les instituteurs et les infirmières ont lieu régulièrement, afin de déterminer qui a besoin de ce service. Le médecin-hygiéniste de l'école ne fait que l'examen physique des écoliers que lui envoie l'infirmière-hygiéniste, sauf dans des cas particuliers. L'infirmière-hygiéniste visite régulièrement chaque école et mène des campagnes d'immunisation des élèves selon un programme prédéterminé, organise des examens courants de la vue, avec l'aide de l'instituteur, et des examens audiométriques des élèves de première année, fait à intervalles réguliers des épreuves à la tuberculine, pèse et mesure certains enfants, visite à domicile les enfants qui ont des problèmes particuliers et fait fonction d'éducatrice dans le domaine de l'hygiène. On est en train de mettre sur pied un service semblable dans les écoles maternelles. L'instituteur est tenu d'observer ses élèves et de faire rapport à l'infirmière de toute anomalie qu'il constate, de renseigner les écoliers sur l'hygiène et de les encourager à prendre de bonnes habitudes d'hygiène personnelle, de donner les premiers soins élémentaires, d'organiser le transport vers les centres métropolitains des élèves qui tombent malades; il doit, en outre, avoir des entretiens périodiques avec l'infirmière-hygiéniste au sujet de la santé de ses élèves.

Services de laboratoire

La division des laboratoires fournit ses services par l'entremise d'un laboratoire central à Vancouver, et de deux succursales à Nelson et à Victoria. Ces labotoires font toutes sortes d'épreuves et distribuent gratuitement des produits biologiques par l'entremise des unités sanitaires.

Service d'hygiène dentaire

Les régions métropolitaines de Vancouver et de Victoria fournissent des services d'hygiène dentaire dans des dispensaires où des dentistes travaillent à plein temps. Ces dispensaires s'occupent des enfants d'âge préscolaire et des élèves de première année; leurs services comprennent l'examen dentaire, les traitements, et les conseils aux parents.

En dehors des régions métropolitaines, on a mis à l'essai différentes méthodes d'administration des dispensaires d'hygiène dentaire. Les dispensaires administrés par les unités sanitaires locales et qui employaient un dentiste à plein temps se sont révélés peu pratiques, à cause d'une pénurie de dentistes. Par contre, les dispensaires administrés par les autorités locales et qui utilisent les services des dentistes de l'endroit, connaissent un succès croissant. En 1961, quelque 94 municipalités et 129 dentistes ont participé à un programme de ce genre. La municipalité et la province se partagent également le coût des services. Le groupe local, duquel relèvent les services dentaires (dans la plupart des cas, il s'agit de la commission scolaire), doit décider si l'inscription locale ou les traitements seront gratuits pour les parents ou leur seront offerts à prix très modique. Les

services sont avant tout destinés aux enfants d'âge préscolaire et aux écoliers de première année. Le ministère de la Santé a nommé des dentistes consultants régionaux, afin que ces derniers maintiennent le contact entre les municipalités et les organismes officiels d'hygiène, et donnent des conseils quant à la planification et à la mise en oeuvre des programmes locaux. On insiste sur l'hygiène dentaire préventive.

Les hôpitaux et le régime d'assurance-hospitalisation

Voici les données relatives aux traitements des maladies aiguës, dans les hôpitaux généraux de la Colombie-Britannique, à la fin de 1962:

8,673 lits dans les hôpitaux généraux sans but lucratif[1],
76 lits dans les hôpitaux généraux privés,
545 lits (environ) dans les hôpitaux fédéraux[2].

Il y avait, en outre, 395 lits affectés à la rééducation physique dans les hôpitaux, y comrpis 25 dans les hôpitaux fédéraux. Ce total englobe les lits des hôpitaux spéciaux de rééducation et ceux des services de rééducation des hôpitaux généraux.

A la fin de 1962, il y avait aussi 64 établissements qui détenaient un permis à titre d'hôpital privé; ces établissements comptaient un total de 2,465 lits, destinés aux malades qui exigent des soins infirmiers continuels et des soins médicaux périodiques, mais qui ne guériront probablement jamais[3]. Même si ces établissements détiennent un permis à titre d'hôpital privé, on les désigne généralement sous le nom de maisons de soins, et ils donnent des soins infirmiers sous la surveillance d'infirmières diplômées. Leurs services de diagnostic ou de traitement sont cependant limités.

En vertu du régime d'assurance-hospitalisation de la Colombie-Britannique, entré en vigueur le 1er janvier 1949, les traitements ordinaires et la rééducation physique en salle commune sont gratuits dans toute la province; ces services ont été mis sur pied afin de protéger les personnes souffrant de maladies aiguës, contre le coût élevé des soins dont elles ont besoin dans les hôpitaux. Le régime relève d'une direction distincte qui fait partie du ministère des Services sanitaires et des Assurances hospitalières et qui a son propre sous-ministre. Les fonds dont le gouvernement a besoin pour financer tous les services provinciaux d'hygiène et de

---

[1]Administrés par des groupes de laïques, des communautés relegieuses, des municipalités et la province.

[2]Ce chiffre comprend les lits des hôpitaux fédéraux destinés aux malades qui exigent des soins d'hôpital général, susceptibles d'être payés par l'assurance-hospitalisation. Il ne comprend pas les lits destinés au personnel militaire relevant du ministère des Affaires des anciens combattants, aux bénéficiaires de pensions d'invalidité, aux personnes nécessitant des soins à long terme et à domicile, etc., ni les lits réservés au traitement des tuberculeux dans les hôpitaux relevant de la Direction des affaires indiennes.

[3]Ce chiffre ne comprend pas les 76 lits des hôpitaux généraux privés dont nous avons parlé plus haut et qui, sauf une seule exception, se trouvent dans des hôpitaux dirigés par des sociétés minières ou d'autres organismes dans des régions isolées.

bien-être, de même que pour payer sa part des frais du régime d'assurance-hospitalisation, proviennent des impôts provinciaux[1]. En vertu du régime d'assurance-hospitalisation, la province perçoit des malades une prime de coassurance au taux de $1 par jour. Le service d'assurance-hospitalisation assume le coût du programme provincial de subventions à la construction d'hôpitaux, des consultations et de l'inspection, les paiements aux hôpitaux au nom des bénéficiaires de leurs services, celui du prix de journée qui comprend tous les frais.

Les prestations aux malades hospitalisés comprennent les frais d'un lit dans une salle et tous les autres services hospitaliers. Un citoyen admissible reçoit les prestations s'il est hospitalisé, et, en outre, certaines prestations sont versées aux malades externes dans les cas d'urgence et pour la chirurgie mineure; chaque visite ne coûte alors que $2 au malade.

L'assurance dont il est ici question ne verse pas de prestations aux tuberculeux et aux malades mentaux. Ces derniers reçoivent des soins dans les hôpitaux administrés par la Province, où les tuberculeux qui le peuvent paient un maximum de $4.50 par jour et les malades mentaux, $1.50.

Soins à domicile

Les visites que font les infirmières-hygiénistes afin de donner des soins à domicile font partie du programme général des infirmières des unités sanitaires. Dans les centres métropolitains, les infirmières visiteuses de l'Ordre de Victoria se chargent de ces services. Ces visites dépendent de la décision du médecin, qui est censé surveiller le service chargé de dispenser les soins infirmiers aux convalescents et aux malades chroniques. Autant que possible, ce service sert à montrer comment se donnent les soins infirmiers, et l'on s'attend que des membres de la famille du malade puissent graduellement prendre la relève de l'infirmière et donner eux-mêmes la plupart des soins. On est actuellement en train de prendre les mesures nécessaires pour ajouter les traitements de physiothérapie au programme. De concert avec les services communautaires de bien-être social, les services d'aides ménagères sont souvent fournis.

Hygiène mentale

Les services d'hygiène mentale sont fournis par l'entremise d'une direction distincte, qui fait partie du ministère des Services sanitaires et des assurances hospitalières et qui possède son propre sous-ministre. Des hôpitaux administrés par la province s'occupent des malades mentaux. Dans ces hôpitaux, les malades qui le peuvent paient un maximum de $1.50 par jour. Les foyers pour les vieillards atteints de sénilité font partie des services de santé mentale, de même que les établissements pour les déficients mentaux. Plusieurs grands hôpitaux généraux ont des services psychiatriques. Au cours des dernières années, on a donné de

---

[1] La taxe de 5 p. 100 pour les services sociaux est versée au Fonds du revenu consolidé de la province.

plus en plus d'expansion aux services externes régionaux pour malades mentaux, administrés par les municipalités et qui font partie des centres d'hygiène municipaux.

Rééducation

Il existe un programme de rééducation qui est sous la direction du coordonnateur provincial des services de rééducation et d'inscription. Ce programme a pour but de dépister les personnes handicapées et de les diriger vers les établissements de rééducation, d'organiser et de mettre en oeuvre un programme de rééducation professionnelle et de fournir des services de consultation dans le domaine de la rééducation. Grâce à ce programme, on espère coordonner tous les services de rééducation de la province. Dans le cadre du service d'assurance-hospitalisation, on incite les hôpitaux à mettre sur pied des services de traitement intensif en vue de la rééducation précoce des malades hospitalisés; on préconise la création d'hôpitaux de soins intensifs où la rééducation, y compris la physiothérapie, joueraient un grand rôle.

On peut orienter les personnes handicapées vers le Centre de rééducation, à Vancouver, où il y a des services de traitement intensif, d'ajustement des prothèses et d'adaptation à un nouveau mode de vie[1]. Au besoin, on y voit à la rééducation professionnelle.

Dans certaines régions, grâce à la collaboration du ministère du Bien-être social, du Service national de placement et des services locaux d'hygiène publique, on détermine la capacité de travail des bénéficiaires de l'assistance publique, afin d'établir si certains d'entre eux pourraient tirer profit des services de rééducation. Il est maintenant évident que moyennant la rééducation appropriée, certains assistés pourraient gagner leur vie et exercer une activité productive au sein de la société, au lieu d'avoir besoin de prestations d'assistance sociale. Quand c'est possible, on a recours aux services de la Commission d'assurance-chômage pour leur trouver des emplois.

La Commission des accidents du travail administre un grand centre externe de rééducation à Vancouver, et fournit des services complets de rééducation physique et professionnelle.

Le ministère de la Santé possède un service de rééducation pour les tuberculeux et les malades mentaux, et verse des subventions à plusieurs organismes bénévoles qui s'occupent des handicapés. Le ministère du Bien-être, division de la Famille, voit à la création de services de rééducation fonctionnelle et de réentraînement à l'effort, pour les bénéficiaires handicapés d'allocations sociales, et fournit des services de reclassement professionnel dans certains cas particuliers. Des organismes bénévoles offrent des services partiels ou complets de rééducation dans les domaines qui les intéressent: l'alcoolisme, l'arthrite et le rhumatisme, la cécité, la paralysie cérébrale, la dégénérescence fibro-kystique, la surdité, le

---

[1]Ce centre englobe les principaux services de plusieurs organismes bénévoles importants.

diabète, l'épilepsie, la déficience et les maladies mentales, la sclérose en plaques, la dystrophie musculaire, la myasthénie grave, la narcomanie, la paraplégie, la poliomyélite et la tuberculose. L'un des organismes bénévoles les plus importants, la Fondation contre la poliomyélite et pour la rééducation, division de la Colombie-Britannique, aide les personnes handicapées qui ont besoin de soins médicaux et de services de rééducation, et accorde des subventions pour la construction de nouveaux établissements. Cette Fondation et la Société pour les enfants infirmes de la Colombie-Britannique sont administrées par un comité conjoint et partagent certaines installations. Le coordonnateur provincial de la rééducation travaille en étroite collaboration avec ces groupes bénévoles.

Les grands hôpitaux, principalement à Vancouver et à Victoria, ont des services spécialisés de rééducation fonctionnelle et de réentraînement à l'effort. De nombreux hôpitaux généraux et établissements pour malades chroniques offrent des services de physiothérapie et d'ergothérapie.

Commentaires recueillis dans la province

Plusieurs des personnes consultées ont fait des commentaires très détaillés.

L'une d'elles écrit:

Comme on peut s'y attendre, plusieurs sujets méritent qu'on les étudie et qu'on les examine. Le principe des services de santé régionaux a beaucoup de valeur, puisqu'il préconise l'intégration et la coordination de tous les services de santé communautaires de façon que chaque citoyen puisse profiter le plus possible de ces services. Nous sommes convaincus que c'est là le principe idéal qui permettrait de grouper toutes les ressources communautaires afin d'éviter le chevauchement, le double emploi et les initiatives intempestives dans les programmes communautaires de santé.

Il faut nécessairement tenir compte de la grandeur de la région. Nous, de la Colombie-Britannique croyons qu'à ce point de vue, nos unités sanitaires actuelles répondent aux besoins. L'expérience que nous avons acquise ne nous permet pas de recommander de grouper plusieurs unités sanitaires dans un service régional; nous sommes d'avis, en ce qui touche notre province, que l'administration en deviendrait difficile. Par conséquent, nous aimerions mieux que chaque unité sanitaire soit considéré comme une unité autonome, afin d'encourager l'intégration des services de santé communautaires, de façon que les organismes officiels et bénévoles, y compris les hôpitaux, mettent en commun leurs ressources en vue d'offrir à la population un programme de santé plus efficace.

Il nous semble que la solution idéale serait que le médecin-hygiéniste devienne l'administrateur d'un tel service. A cause de sa formation médicale et administrative, il serait prêt à se charger de la coordination des services. En effet, son travail est orienté de toute façon, vers le bien-être communautaire, et il pourrait s'appliquer à susciter l'intérêt d'autres personnes à ce sujet.

Le point le plus difficile à réaliser serait de convaincre les médecins et les services d'hôpitaux de se joindre aux services officiels et bénévoles de santé publique dans un programme coordonné. Cette initiative exigera beaucoup de doigté et de diplomatie de la part de l'administrateur régional, puisqu'il s'agira de concilier tous les intérêts et de présenter un front commun. Au début, le système s'adapterait peut-être mieux aux petites villes, car la tâche de le mettre sur pied dans les centres métropolitains sera plus difficile. Il ne faut pas oublier non plus que le programme régional n'est pas le seul qui doive retenir

l'attention; en effet, le besoin se fait sentir de services spécialisés que l'on peut réaliser seulement dans les agglomérations importantes, où les établissements régionaux renvoient certains cas qui exigent des traitements particuliers.

Du point de vue où nous nous plaçons, nous prévoyons que la mise en oeuvre d'un tel projet sera longue; mais il présente une orientation qui vaut d'être étudiée pour l'avenir.

Quand vous laissez entendre qu'un programme régional d'hygiène publique résoudrait bien des problèmes, nous sommes d'accord qu'il s'agit là d'un principe sain et, comme nous l'avons déjà mentionné, nous croyons fermement que notre organisation actuelle d'unités sanitaires répond à cette définition.

Nous ne pouvons que nous réjouir du troisième élément, c'est-à-dire les services régionaux officiels de bien-être social, puisque nous sommes convaincus qu'il est essentiel que dans l'esprit de la population, l'hygiène publique soit dissociée complètement d'un service médical pour les indigents. Comme vous le savez, les ministères de la Santé et du Bien-être social de la Colombie-Britannique sont devenus complètement séparés l'un de l'autre au cours des cinq dernières années, et relèvent maintenant chacun de leur ministre respectif. Nous croyons que cette mesure a été très favorable à l'hygiène publique. Bien que nous soyons d'avis que ces ministères s'occupent de plusieurs domaines dans lesquels ils ont un intérêt commun, il ne faut pas oublier qu'en revanche, leur but primordial est tout à fait différent, étant donné que les services de bien-être social sont orientés seulement vers certains groupes de la population, tandis que les services d'hygiène publique devraient être à la porté de tous et que tous devraient en profiter.

Le Conseil régional des services d'hygiène dont vous avez proposé la création se rapproche beaucoup de nos Conseils généraux d'hygiène actuels, mais, comme nous l'avons déjà mentionné, nous ne croyons pas qu'il faille recommander un prix de journée satisfaisant. Au sujet de la formation et de l'expérience de l'administrateur, nous remarquons que vous exigeriez qu'il fût un médecin diplômé. A notre avis cela voudrait dire que dans la plupart des régions peu populeuses, l'administrateur serait automatiquement le médecin-hygiéniste, puisque les administrateurs des petits hôpitaux sont toujours des personnes sans formation médicale.

Nous notons en outre que vous proposez que l'administrateur et son adjoint soient nommés par le Conseil régional, sous réserve de l'approbation du ministre de la Santé, et qu'ils relèvent directement du Conseil régional quant à l'administration interne des services d'hygiène de la région. Nous sommes d'avis que cet arrangement serait satisfaisant, à condition que ces mêmes administrateurs soient des fonctionnaires provinciaux et à ce titre, même s'ils relevaient du Conseil, ils ne seraient pas obligés de se plier à ses décisions en ce qui a trait aux questions qui concernent directement les programmes d'hygiène publique de leur région. Ces mesures tenteraient de maintenir l'équilibre entre l'autonomie locale, d'une part, et un contrôle central excessif et le manque de responsabilité sur le plan local, d'autre part. Il semble que dans ce cas également nous en soyons arrivés, nous de la Colombie-Britannique, à une solution assez satisfaisante, et nous voulons souligner avec vigueur qu'une autonomie locale excessive, de même qu'un contrôle centralisé excessif, ont pour résultat d'affaiblir les normes des services dans ce domaine.

Encore au sujet des services régionaux . . . des dentistes diplômés et bien souvent diplômés, depuis peu, reçoivent un salaire pour diriger des consultations dentaires préventives et pour traiter des malades privés dans les régions éloignées de la province, sous la surveillance des dentistes consultants régionaux affectés aux unités sanitaires des environs.

Nous partageons, de façon générale, les idées exprimées au sujet du personnel, et nous faisons ressortir encore une fois le fait que le manque de soins aux malades alités ne

s'applique pas dans le cas des infirmières-hygiénistes de notre province, où il existe un programme de soins à domicile.

Nous avons noté avec intérêt que les dépenses par tête, pour les services d'hygiène locaux, oscillaient entre 50¢ et $4.10 dans les régions à l'étude. Aujourd'hui, en Colombie-Britannique, nous estimons que nos services d'hygiène locaux coûtent environ $3 par tête, dont 30¢ seulement proviennent de taxes locales, le reste étant comblé par des subventions du gouvernement provincial. Comme vous le laissez entendre, cette statistique prouve que là où la population est peu nombreuse, elle ne peut soutenir des services modernes et satisfaisants d'hygiène publique avec les seuls revenus des taxes municipales. Nous ne sommes cependant pas d'accord avec la déclaration à l'effet que les services municipaux d'hygiène publique ne reçoivent, par opposition aux unités sanitaires, qu'une aide financière limitée du gouvernement provincial, puisque des subventions importantes ont accordées aux régions métropolitaines par le ministère de la Santé, à même les fonds de la province. Nous sommes d'accord avec la conclusion selon laquelle les traitements de base du personnel médical régional devraient provenir de la province; cependant, d'après ce qui précède, vous noterez que si nous avions une recommandation à faire, ce serait que le Gouvernement provincial soit disposé à assumer une large part du coût des services d'hygiène locaux. Nous partageons votre avis sans réserve, quand vous dites que les services à temps partiel n'ont jamais été et ne peuvent être satisfaisants, et que leur insuffisance devient chaque année de plus en plus évidente.

Nous sommes d'accord avec vous au sujet du programme de lutte antituberculeuse, où nous avons réussi à établir entre les divers paliers les rapports étroits que vous recommandez. Quant au programme de lutte anti-vénérienne, les médecins de la Colombie-Britannique relèvent du médecin-hygiéniste local et non directement de la Province. C'est au médecin-hygiéniste local qu'incombe la responsabilité de se tenir en rapport avec les personnes qui ont été en relations intimes avec des malades, et de veiller à ce qu'elles obtiennent le traitement nécessaire. Il doit, en outre, signaler les cas de maladies vénériennes à la Division de la lutte contre les maladies vénériennes, à Vancouver. Nous constatons que ces mesures assurent l'anonymat tant souhaitable dans ce domaine, et en même temps, permettent d'établir rapidement des contacts avec les personnes qui ont été en relations intimes avec les malades et facilitent leur identification et leur traitement sur le plan local. Tout ceci est de première importance, si l'on veut qu'un programme de lutte contre les maladies vénériennes soit efficace.

Quant à la salubrité du milieu, nous sentons le besoin d'une revision des règlements actuels touchant les normes et les exigences, et nous aimerions que la nouvelle législation englobe des sujets tels que la pollution de l'air, la radiation, etc.

Quant aux services d'hygiène scolaire, nous partageons la plupart des opinions émises; nous aimerions faire remarquer qu'en Colombie-Britannique, le programme d'hygiène scolaire a été modifié en 1962, de sorte que l'examen médical d'office est presque complètement disparu, ce qui permet de faire porter l'accent sur l'examen des enfants atteints d'une anomalie quelconque. Nous continuons à prévoir des examens d'office aux endroits où à cause de raisons économiques, géographiques, religieuses ou autres, il est improbable que l'enfant soit conduit chez un médecin indépendant. Nous travaillons autant que possible en étroite collaboration avec les instituteurs, et comptons sur eux pour faire des épreuves courantes de la vue à l'école. Comme nous l'avons souligné, nous avons enregistré une faible diminution des présences aux entretiens sur l'hygiène infantile. Une fois que le programme initial d'immunisation est terminé, il est difficile d'atteindre l'enfant d'âge préscolaire. Je ne pense pas que nous puissions en conclure que la situation économique des familles est satisfaisante, ou associer cette constatation au nombre de personnes assurées contre les frais médicaux, mais cela indique toutefois que nous devons nous efforcer de multiplier les services destinés aux enfants qui fréquentent les maternelles, et par ce moyen, de reprendre contact avec l'enfant de quatre ou cinq and avant qu'il ne commence à fréquenter l'école.

Ainsi, nous pourrions au moins éliminer l'écart que nous avons constaté par rapport aux enfants d'âge préscolaire.

En Ontario, il se peut que les médecins qui exercent leur profession en groupe soient disposés à réserver un après-midi complet aux soins prénataux, postnataux et infantiles, afin que les infirmières-hygiénistes puissent être présentes et les aider comme on le propose, durant cette consultation. En Colombie-Britannique, nous sommes d'avis que cette manière de procéder ne serait pas pratique et que les médecins, en général, ne pourraient pas réserver une période de temps ainsi déterminée aux soins de ces malades. La somme de travail du médecin a déjà atteint le point de saturation, avec les cas d'urgence et les malades qui, chaque jour, demandent des rendez-vous. Vous poursuivez en proposant que les médecins pourraient aussi être invités à utiliser les installations des centres d'hygiène et que, par ce moyen, on éliminerait peut-être les frictions entre le médecin et le personnel de l'unité sanitaire. Nous nous demandons si notre méthode n'est pas également bonne et moins compliquée. Nous invitons les médecins locaux à donner des conférences dans le cadre de nos cours prénataux; il s'établit ainsi des relations très satisfaisantes. Nous avons l'impression que des honoraires déterminés pour ce genre de travail ne contribueraient que très peu à inciter les médecins à dispenser de tels services. Ou ils s'intéressent à les rendre et acceptent de le faire, ou cela ne leur dit rien. La question pécuniaire ne joue que très peu. Il en coûterait beaucoup pour engager des spécialistes, comme on le recommande; notamment dans les régions plutôt isolées vers lesquelles les spécialistes ne sont pas tentés de se diriger actuellement, il faudrait être disposé à leur verser au moins $30,000 par année pour les arracher aux grands centres. Il semble que ce soit là une participation gouvernementale plutôt onéreuse.

Les mesures proposées pour les soins infirmiers aux malades alités sont semblables à celles qui existent en Colombie-Britannique. Dans les grands centres urbains, les infirmières visiteuses de l'Ordre de Victoria dispensent les soins à domicile; les bureaux de santé s'en chargent ailleurs dans la province. On évite ainsi le double emploi et on tente, autant que possible, d'offrir le même genre de services. Nous avons constaté que dans plusieurs régions, il est important d'essayer d'établir un service d'aides familiales, en plus de celui des soins aux malades alités, et que c'est souvent le premier que les habitants de la région intéressés apprécient davantage.

Vous êtes au courant du programme de construction de centres d'hygiène de notre province, qui vise à établir des rapports plus étroits avec les autres services communautaires, et nous sommes convaincus que ceci a largement contribué à améliorer nos relations avec les organismes bénévoles d'hygiène. Personnellement, nous ne voyons pas pourquoi l'on ne pourrait entretenir de relations très satisfaisantes avec l'hôpital local sans être sous le même toit ni faire officiellement partie d'une même organisation administrative régionale. Le cas est le même pour les services de bien-être social. Franchement, nous nous demandons si un grand ensemble administratif de ce genre ne se révélerait pas moins efficace qu'un ensemble où chaque service travaillerait côte à côte et en étroite collaboration. Les gens pensent souvent que si l'on fait travailler ensemble des personnes qui forment un groupe hétérogène, elles pourront donner un meilleur rendement. Je crois que cette hypothèse est très discutable! Tant que les hôpitaux ne s'orienteront pas davantage vers les services communautaires, ils ne seront pas en mesure d'offrir un service de soins à domicile. A notre avis, l'hôpital devrait s'occuper du malade à partir de la phase aiguë jusqu'à celle des traitements intensifs, inclusivement. Certains malades pourraient ensuite être renvoyés à leur domicile et continuer à recevoir des soins en tant que malades externes, tandis que d'autres seraient confiés aux services de soins à domicile dirigés par le personnel de l'unité sanitaire locale, qui devrait pouvoir bénéficier de consultations directes avec le physiothérapeute, l'ergothérapeute, etc. Comme vous le savez peut-être, nous avons actuellement, dans l'une de nos unités sanitaires, un physiothérapeute à temps partiel dont le rôle est de conseiller les infirmières-hygiénistes sur cet aspect particulier des soins à domicile. Ce programme a donné des résultats très satisfaisants, et nous espérons augmenter le nombre de nos physiothérapeutes consultants au cours des années à venir.

Il faut donner plus d'ampleur aux services d'hygiène mentale en ce qui concerne les services de traitement, y compris les lits pour malades mentaux dans les hôpitaux généraux locaux et les soins psychiatriques individuels. En second lieu, il faut établir des programmes communautaires régionaux d'hygiène mentale qui permettent à une équipe psychiatrique de travailler en dehors des unités sanitaires, comme en Colombie-Britannique, en utilisant les services du personnel local pour le dépistage et les soins posthospitaliers. Le personnel local comprendrait des infirmières-hygiénistes, des travailleurs sociaux, des agents de surveillance, des membres du clergé, etc. Ce dernier service doit toujours faire appel au médecin de famille et permettre à l'équipe psychiatrique de donner son plein rendement. Les autres membres du personnel local s'occupent de dépistage, quand c'est possible. Rien n'empêche le psychiatre du service communautaire d'hygiène publique d'avoir aussi une clientèle privée, s'il lui reste le temps de s'en occuper.

Vous attirez l'attention sur les problèmes que crée la pénurie de spécialistes dans les petits centres; nous notons ici avec intérêt que ce problème disparaît graduellement en Colombie-Britannique, car les spécialistes ont de plus en plus tendance à s'établir dans les régions rurales. Ce n'est pas encore un fait dans toutes les régions, mais plusieurs régions où il y a quelques années, on ne trouvait aucun spécialiste, peuvent maintenant se vanter d'avoir un chirurgien, un obstétricien ou un pédiatre, et nous croyons que le problème se résoudra petit à petit. Nous constatons en outre que plusieurs médecins s'appliquent à améliorer leurs services de sorte que la plupart des hôpitaux de plus de 60 à 80 lits possèdent maintenant un personnel médical assez bien organisé, avec un comité de cytologie, un comité d'obstétrique, etc. Il faut dire que le fait que les hôpitaux soient agréés par une commission des normes hospitalières a largement contribué à l'amélioration qui s'est fait sentir de ce côté. On a incité tant les radiologues que les médecins biologistes à s'établir à titre de spécialistes régionaux dans les secteurs isolés. Il est certain que la présence d'un médecin biologiste régional a aidé à apporter des améliorations importantes dans les normes de soins médicaux. L'expansion de plus en plus marquante de l'exercice en groupe permet à un spécialiste de s'établir, en tant que membre d'une équipe, dans l'une ou l'autre des nombreuses régions où, autrement, il ne pourrait vivre de l'exercice de sa spécialité et devrait certainement faire aussi beaucoup de médecine générale, s'il voulait exercer isolément cette spécialité.

En résumé, qu'il nous soit permis de dire que, bien qu'il y ait de nombreuses recommandations à faire au sujet du principe de l'organisation régionale, il faut s'appliquer à ne pas incorporer des services qui peuvent peut-être donner un meilleur rendement s'ils demeurent autonomes, pourvu que de bonnes relations s'établissent et se maintiennent entre les divers paliers. Enfin, nous ne considérons pas l'organisation régionale comme une panacée en puissance.

Une autre personne fait des commentaires sur divers sujets:

Premièrement, je pense que, jusqu'à un certain point, on aurait tort de vouloir organiser suivant un système communautaire local les services gouvernementaux ou bénévoles d'hygiène publique, au Canada. Les seuls services que l'on ait étudiés un peu en profondeur sont ceux qui existent dans quatre centres de la province d'Ontario. Les services des autres provinces du Canada sont bien différents de ceux de l'Ontario et, même si je suis sûr que vous ferez ressortir ce point, vous devrez le faire en termes non équivoques. Autrement, je suis convaincu que certaines personnes en arriveront à une grossière erreur d'interprétation. De plus, bien des régions de l'Ontario n'ont à leur service que des médecins-hygiénistes employés à temps partiel, et on ne fait presque aucun effort d'organisation régionale. Ainsi, on constate que les services, en Ontario accusent du retard par rapport à ceux de la Saskatchewan ou de la Colombie-Britannique. Le fait même que la Saskatchewan et la Colombie-Britannique soient assez avancées dans la voie de l'organisation régionale, dans certains domaines de l'hygiène, pourrait passer inaperçu dans l'ensemble de votre rapport.

On discute beaucoup au sujet de l'emploi à l'échelon provincial par rapport à l'emploi à l'échelon local. Comme vous le savez, nous avons mis à l'épreuve les deux méthodes, dans notre province, et je suis bien convaincu que si l'autonomie locale peut être conservée dans une bonne mesure, ce que nous semblons pouvoir réaliser chez nous, alors, l'emploi du personnel à l'échelon provincial est de beaucoup préférable. Je suis sûr que vous avez trouvé, en Ontario, bien des endroits où les municipalités riches peuvent engager non seulement un meilleur personnel, mais un personnel plus nombreux. Un autre avantage de l'emploi au niveau provincial, c'est qu'il facilite les transferts. Les membres du personnel peuvent, de ce fait, chercher à obtenir des promotions en dehors de leur localité, mais toujours dans la province et sans perdre leur droit d'ancienneté ou d'autres avantages. Je conviens qu'en général, l'emploi au niveau local permettrait peut-être à l'individu de donner un meilleur rendement, mais je ne pense pas qu'il y ait une grande différence. Je crois que les éléments qui militent en faveur de l'emploi au niveau provincial relèguent ce facteur au second plan. Mes arguments ont encore plus de poids si l'on considère aussi les salaires, dont le chiffre ne devrait pas dépendre du caprice des comités et des conseils locaux.

La pénurie d'infirmières-hygiénistes dans les régions rurales ne se fait pas trop sentir si l'on s'occupe de recruter ces infirmières dans toute la province et si l'on peut les envoyer là où le besoin est le plus grand. Ici, on est amené à parler des soins à domicile, et comme vous le savez, ce service fait partie du programme en Colombie-Britannique. On en arrive aussi à traiter la question du conflit qui existe entre les infirmières visiteuses de l'Ordre de Victoria et les infirmières-hygiénistes, mais nous reviendrons sur ce sujet plus tard.

Vous parlez de relations plus étroites entre les médecins qui exercent dans les centres et les sanatoriums, les hôpitaux généraux et le ministère de la Santé. Nous avons déjà établi ces relations en Colombie-Britannique, parce que nos unités sanitaires sont bien organisées sur une base régionale, et cela dans toute la province.

Au sujet de votre description de la situation qui existe à Toronto, je crois que vous devriez souligner le fait qu'une telle situation n'existe dans aucune autre grande ville du pays, comme par exemple, Vancouver.

Les services qui relèvent des laboratoires régionaux de la province et travaillent en étroite collaboration avec les services d'hygiène locaux et les médecins biologistes, sont déjà en voie d'expansion rapide. La même situation se retrouve dans le domaine de la radiologie, bien que d'une façon moins marquée, puisque nous avons plus de radiologues qui exercent leur profession à titre indépendant. Par conséquent, même si l'organisation régionale des services, comme par exemple en biologie médicale, est souhaitable, elle ne peut se réaliser facilement à l'heure actuelle.

Je pense que vous pourriez dire quelques mots au sujet du fait que le gouvernement fédéral devrait exercer une certaine autorité sur l'organisation régionale et l'utilisation des lits d'hôpital. Je crois que beaucoup trop de gens oublient que le gouvernement fédéral a de forts intérêts engagés dans le nombre futur des lits d'hôpital au Canada. Je ne parle pas de sa mince contribution dans le domaine de la construction, mais plutôt du coût général de l'administration d'une année à l'autre.

Vous vous étendez davantage sur la question des services d'hygiène régionaux. Nous sommes en train d'organiser graduellement des services de ce genre dans notre province, notamment dans les domaines de l'hygiène publique et de l'hygiène mentale. L'organisation régionale et l'établissement de relations étroites ne sont pas aussi marqués, à l'heure actuelle, en ce qui concerne les hôpitaux. Il serait peut-être souhaitable qu'ils se développent davantage, mais je suis sûr que nous mettrons beaucoup de temps à atteindre cet objectif.

Nos services, en ce qui a trait aux établissements de rééducation, sont coordonnés avec nos services locaux de santé dans toute la province.

Vous dites que l'infirmière-hygiéniste ne donne guère de soins à domicile. Cette déclaration ne s'applique pas à notre province, puisque les services de soins à domicile font partie intégrante de nos services d'hygiène publique dans la plupart des régions. Je désire souligner de nouveau le fait que vous devriez mentionner quelque part le conflit et le double emploi qui existent quand, dans une même localité, se trouvent des infirmières visiteuses de l'Ordre de Victoria et des infirmières-hygiénistes.

Quant aux conseils régionaux d'hygiène dont vous parlez, nos Conseils généraux d'hygiène, sur une plus petite échelle, en sont la réplique. Toutefois, ils ne sont pas d'envergure aussi étendue, mais je suis d'accord avec vous à ce propos. Je serais surpris si bien des gens se ralliaient à l'idée d'un prix de journée convenable pour le temps passé à faire ce travail. Je conviens qu'il serait nécessaire de payer les dépenses de voyage, mais proposer que les gens reçoivent un salaire démolirait je pense, la théorie selon laquelle il y doit y avoir de nombreuses initiatives bénévoles dans les services d'hygiène.

Un troisième correspondant écrit:

En termes généraux et après une première lecture du présent rapport, je trouve très difficile de faire des commentaires constructifs. Comme vous l'avez souligné tout au long de votre rapport, les conditions que vous avez étudiées sont celles qui existent dans la province d'Ontario. . . . Les conditions sont tout à fait différentes en Colombie-Britannique, et les solutions qui conviendraient peut-être en Ontario ne sont pas nécessairement indiquées pour notre province. La structure de l'ensemble des services d'hygiène publique est bien différente dans les deux provinces. Si l'on examine, par exemple, celle de notre ministère provincial de la santé on se rend compte que ce dernier englobe tout le domaine de l'assurance-hospitalisation. En outre, le financement des services d'hygiène locaux, dans notre province, est tout à fait différent; les employés de ces services sont des fonctionnaires provinciaux, mais ils sont soumis à une surveillance locale; le financement des unités sanitaires locales est réparti par districts scolaires, et la contribution la plus importante vient du gouvernement provincial. Voici un autre exemple des différences que l'on constate entre les deux provinces. Le service de médecine préventive de l'université est devenu, en fait, l'organe de recherche pour la planification hospitalière au niveau régional, dans le centre métropolitain du sud de la Colombie-Britannique, où se trouve environ la moitié de la population de la province. Le service d'assurance-hospitalisation de la Colombie-Britannique a appuyé sans réserve cette entreprise.

Quatre études distinctes ont été faites sur l'utilisation des hôpitaux, et une autre est actuellement en cours. Dans le domaine de la rééducation, le directeur de l'École de rééducation de l'Université, école qui relève de la Faculté de médecine, est aussi conseiller en rééducation auprès du ministère provincial de la Santé. Dans le domaine de l'hygiène maternelle et infantile, le professeur de pédiatrie est conseiller auprès du même ministère.

J'ai donné les exemples précités, simplement pour faire ressortir les différences qui existent entre le système de la Colombie-Britannique et celui de l'Ontario. Je ne veux en aucune façon laisser entendre que notre organisation est la meilleure. Nous avons assurément beaucoup de défauts. Cependant, je crois que pour être vraiment utile à la Commission royale, il faudrait tenir compte des conditions diverses qui existent dans chacune des provinces canadiennes. Je ne crois pas que des recommandations générales quelconques, fondées sur les conditions qui existent dans une seule province, puissent nécessairement s'appliquer aux autres provinces intéressées. Il se peut que les commentaires que l'on vous fera vous permettent d'exposer les différences, dans votre rapport définitif.

Je crois que vous avez présenté un rapport très bien fait, dont les recommandations s'appliquent notamment à la situation qui existe en Ontario.

Un quatrième correspondant nous écrit en détail:

Dans le domaine hospitalier, il faut considérer l'identité des différents propriétaires des hôpitaux du pays. En Colombie-Britannique, le quart environ des hôpitaux publics appartiennent à des organisations ou à des communautés religieuses. Les autres, à l'exception de deux hôpitaux municipaux, sont la propriété de sociétés communautaires bénévoles et sans but lucratif, qui s'occupent également de leur administration. En Alberta et en Saskatchewan, peu d'hôpitaux sont administrés par des sociétés communautaires ou des organismes semblables; la grande majorité des hôpitaux qui n'appartiennent pas à des organisations ou à des communautés religieuses sont la propriété de municipalités, de villes, etc., qui en assurent aussi l'administration. Au Manitoba, certains hôpitaux qui n'appartiennent pas à des organismes religieux sont la propriété de municipalités ou de villes, et quelques-uns appartiennent à diverses sociétés. La situation est la même en Ontario. Au Québec, la proportion des hôpitaux appartenant à des communautés religieuses est beaucoup plus forte. L'acceptabilité des services d'hygiène organisés sur une base régionale dépendrait, dans une large mesure des différents types de propriétaires, puisque certaines phases de l'administration par un corps régional qui pourraient être acceptables à un hôpital appartenant à des laïcs ne le seraient peut-être pas à un hôpital appartenant à une communauté religieuse; de plus, un hôpital appartenant à une société ou à un organisme quelconque, ou même un hôpital appartenant à une communauté religieuse, pourrait déléguer ses pouvoirs beaucoup plus facilement à une organisation régionale qu'un hôpital appartenant à une ville ou à une municipalité, étant donné que ce dernier relève directement d'un corps municipal ou civique.

Je suis aussi d'avis que n'importe quelle mesure prise pour évaluer ou coordonner les services d'hygiène sera probablement sans effet, à moins que le corps médical n'y participe activement. Nous nous sommes rendu compte qu'il était nécessaire de nous assurer la collaboration active du corps médical pour mettre en oeuvre notre service d'assurance-hospitalisation. D'un commun accord, les trois groupes représentatifs, c'est-à-dire l'Association médicale canadienne, division de la Colombie-Britannique, le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique, et la Faculté de médecine, ont désigné l'Association médicale comme l'organisme chargé d'exposer les faits et de discuter la question. Nous avons créé un comité consultatif non officiel représentant le corps médical, le Service d'assurance-hospitalisation de la Colombie-Britannique et la Direction de la Santé du ministère provincial. Ce comité s'est révélé très utile. Nous sommes à étudier quel serait, sur le plan du travail, le meilleur mode de relations avec les hôpitaux. Il y a déjà un Conseil métropolitain de planification hospitalière pour le grand Vancouver, qui représente les hôpitaux, le corps médical et les corps municipaux et civiques; des représentants du Service d'assurance-hospitalisation et de la Direction de la Santé du ministère provincial en font aussi partie, mais n'y ont pas le droit de vote. Nous avons constaté que les études ne peuvent que très rarement être restreintes à la région métropolitaine, car il faut tenir compte des besoins de toute la province, à cause du nombre important de malades envoyés de partout aux hôpitaux des grandes agglomérations. Les hôpitaux eux-mêmes ont proposé de faire du Conseil métropolitain de planification hospitalière un organisme d'envergure provinciale, et il est possible que cela se fasse, en étroite coopération avec le comité consultatif médical déjà mentionné.

En Colombie-Britannique, les services de soins infirmiers à domicile et les programmes de soins à domicile sont inséparablement liés. Les services de soins infirmiers risquent souvent d'être interrompus, à moins qu'il n'y ait au foyer des personnes en mesure de les continuer; bien souvent aussi, il faut emmener périodiquement le malade à des centres de traitement, ou il faut lui procurer des traitements à la maison. Les soins infirmiers et les soins à domicile sont, selon une entente, sous la direction générale du Service provincial d'hygiène. Dans certaines régions, les infirmières de l'Ordre de Victoria se chargent de soigner les malades à domicile, et dans d'autres régions, ce sont les infirmières-hygiénistes qui le font. Le point important, c'est que grâce à cette organisation des services, un malade sorti de l'hôpital peut, sans difficulté, être confié à un service de soins infirmiers à domicile ou de soins à domicile, même s'il habite une région éloignée de la province. Le défaut

principal que j'ai pu observer dans les services de soins à domicile qui relèvent d'un hôpital, c'est que, si le malade vient d'un endroit qui n'est pas situé dans les environs immédiats de l'hôpital, il ne peut bénéficier de ces services; de même, si un malade habitant dans les environs immédiats de l'hôpital est hospitalisé ailleurs, il n'est pas facilement admissible aux services de soins infirmiers à domicile.

Vous parlez du personnel médical et du manque de spécialistes diplômés en dehors des grands centres urbains. Ce n'est pas le cas en Colombie-Britannique. Bien souvent, des groupes qui oeuvrent dans le domaine hospitalier nous demandent de créer d'autres installations de diagnostic et de traitement, étayant leur requête du fait que des spécialistes et des chirurgiens habitent déjà dans la région qui les intéresse. Il s'ensuit qu'à cause de ce facteur et de la construction de nouveaux hôpitaux, il y a eu une réduction marquée dans le pourcentage des malades orientés vers les centres métropolitains.

Quant au problème d'un effectif suffisant d'infirmières diplômées, il y a en Colombie-Britannique un grand nombre d'infirmières mariées qui travaillent soit à plein temps, soit à temps partiel. Cependant, il n'y a pas suffisamment d'infirmières qui sortent des écoles chaque année pour répondre aux besoins futurs, et nous devons compter sur les infirmières qui viennent des autres régions du pays. Il est essentiel de donner de l'expansion aux écoles d'infirmières déjà existantes, ou d'en créer de nouvelles. Les cadres des écoles actuelles ont presque atteint la limite de leur capacité, pour ce qui est de former des infirmières selon la méthode traditionnelle, bien qu'une certaine expansion soit encore possible. Il semble donc qu'il faudra ouvrir d'autres écoles ou prendre des mesures afin que les infirmières reçoivent une partie de leur formation clinique dans les grands hôpitaux, et le reste dans des hôpitaux choisis d'importance moyenne. L'un des problèmes auxquels nous avons à faire face est la tendance des associations d'infirmières autorisées à relever les normes d'admissibilité aux écoles d'infirmières. J'ai, par exemple, remarqué dans certains milieux une très forte opposition à l'établissement d'une école centrale et à l'utilisation, comme écoles, des petits hôpitaux, système qu'on emploie en Saskatchewan. Il est certain que les efforts qui ont été tentés pour améliorer l'enseignement des sciences infirmières s'imposaient au plus haut point, mais en Colombie-Britannique au moins, on a peut-être trop insisté sur l'établissement de grandes écoles, sans s'arrêter suffisamment à la possibilité de donner dans les hôpitaux d'importance moyenne, grâce aux efforts conjoints des intéressés, une formation acceptable.

En ce qui concerne les établissements de rééducation, nous avons été témoins de réalisations très intéressantes en Colombie-Britannique. Le corps médical nous a conseillé et guidé au sujet de chacune des mesures que nous avons prises. Un professeur agrégé de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique fait fonction de conseiller auprès du médecin consultant de notre service, dans le domaine de la rééducation. Nous incitons les hôpitaux à établir des services de rééducation. Dans certains cas, ces services comprennent de huit à douze lits, selon l'importance de l'hôpital. Ils doivent être minutieusement coordonnés avec les services de soins à domicile et avec les services de rééducation de la province.

CHAPITRE VII

MISE EN PRATIQUE GÉNÉRALE DES OBSERVATIONS FAITES EN ONTARIO ET PROPOSITIONS AUX AUTRES PROVINCES

Nous avons exposé, dans la préface, la méthode que nous avons employée, de même que les raisons pour lesquelles nous avons limité nos études sur place à une seule province[1]. Nous admettons volontiers qu'il y a des différences entre les services de santé respectifs des dix provinces canadiennes[2]. Par exemple, la plupart d'entre elles fournissent, sauf dans les grandes villes, des services locaux d'hygiène publique, grâce à des unités et à des districts sanitaires organisés et administrés par la province. Certaines provinces, comme le Manitoba et la Saskatchewan, ont donné beaucoup d'ampleur aux services d'hygiène régionaux, aux services hospitaliers et aux autres services de santé organisés; d'autres étudient actuellement la possibilité de suivre cet exemple. Certaines provinces, comme par exemple, Terre-Neuve, ont centralisé plus complètement leurs services organisés de santé que d'autres. En d'autres termes, la situation géographique, sociale, économique, démographique et culturelle particulière à chaque province a joué un rôle déterminant dans l'organisation des services communautaires de santé.

Nous ne prétendons pas avoir analysé, dans notre étude et notre rapport actuels, la situation des autres provinces d'une façon aussi détaillée que nous avons pu le faire en Ontario. Cependant nous affirmons que les observations générales suivantes sur l'Ontario, faites au chapitre IV de la présente étude[3], s'appliquent à toutes les provinces:

> En raison de l'évolution scientifique, économique et sociale, le régime traditionnel des services communautaires de santé établis et administrés séparément devient de moins en moins approprié. Un concours de circonstances a créé une prolifération rapide de services de santé d'une complexité toujours plus grande. Le chevauchement de services qui en est résulté dans certaines régions, les lacunes dans d'autres, l'utilisation peu économique du personnel spécialisé et de l'équipement complexe entravent la marche vers l'objectif ultime, qui est de fournir un système équilibré de services communautaires de santé qui travaillent efficacement en collaboration. On devrait mettre fin à la planification et à l'administration distinctes des divers services communautaires de santé.

---

[1]Voir préface, pp. XV-XIX.

[2]Pour le résumé des faits des services de santé organisés dans toutes les provinces autres que l'Ontario, voir chapitre VI, pp. 115-212.

[3]Voir pp. 87-93.

Bien que la plupart des personnes à qui nous avons envoyé le texte provisoire de notre rapport dans les différentes provinces aient été en faveur d'une coordination officielle plus étroite entre tous les services de santé organisés à l'échelon régional ou provincial, quelques-unes se sont opposées au principe d'une administration commune pour tous les services de santé organisés[1]. Elles préfèrent le mode d'administration autonome tel qu'il existe maintenant; elles proposent la création de comités conjoints et des chevauchements de personnel, pour faciliter les relations et la coordination. Il est évident, d'après certains commentaires que nous avons recueillis et les conversations que nous avons eues de temps en temps avec des collègues des autres provinces, notamment ceux qui oeuvrent au palier municipal, qu'en Ontario il existe des problèmes d'écoulant d'un haut degré d'autonomie locale, alors que dans les provinces où cette autonomie est plutôt limitée en ce qui touche les services comme la santé publique, il peut surgir des problèmes par suite d'une planification et d'une administration trop centralisées. En revanche, d'autres personnes qui ont reçu le texte provisoire de notre rapport préconisent le maintien d'une administration presque entièrement provinciale pour les services de santé publiques et certains autres services, afin qu'il surgisse moins de problèmes administratifs.

Après étude des services de santé organisés qui existent déjà, des divers commentaires et recommandations de la part des personnes qui, dans chaque province, ont eu en main le texte provisoire de notre rapport, et d'après nos propres connaissances des différentes provinces,

> *nous proposons qu'un système régional de coordination portant sur la planification et l'administration des services de santé communautaires organisés, soit mis en vigueur dans chaque province, selon les principes généraux établis dans nos recommandations au sujet de l'Ontario au chapitre IV*[2]*, mais que ce système soit adapté dans les moindres détails aux besoins et aux traditions de chaque province.*

Ainsi, par exemple, on serait bien avisé de considérer l'Île-du-Prince-Édouard comme une seule région. Les provinces de grandeur moyenne, mais dont la population est relativement petite, comme la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick et, le temps venu, probablement Terre-Neuve, voudront peut-être pour certains services une administration générale plus centralisée que celle que nous avons proposée pour l'Ontario, avec des divisions semi-régionales pour les services plus complets, par exemple ceux des hôpitaux et de l'hygiène publique. Les provinces des Prairies et la Colombie-Britannique, à cause de leur vaste superficie et de leur population relativement nombreuse, étudieront peut-être la possibilité de créer chacune deux régions ou plus, bien que pour respecter le système administratif déjà établi dans ces provinces, elles veuillent peut-être s'assurer, au niveau provincial, plus d'autorité que nous n'en avons proposé pour l'Ontario. Au Québec et en Ontario, deux provinces à la vaste superficie et à la population nombreuse, il semble que le partage en plusieurs régions s'impose.

---

[1]Les commentaires reçus sont consignés au chapitre VI, pp. 115-212, à la suite de la description concrète des services de chaque province.

[2]Chapitre IV, pp. 87-93.

Il serait souhaitable que des ententes interprovinciales soient conclues, de façon qu'une région d'une province qui a l'habitude évidente d'envoyer ses malades à un grand centre d'une province voisine, puisse maintenir et étendre les ententes à cet effet d'une manière plus précise, comme par exemple, dans le cas de la section de Kenora, en Ontario, qui envoie ses malades à Winnipeg, au Manitoba. Les établissements très spécialisés comme les centres de rééducation, et leur personnel, pourraient fort bien fournir leurs services à plusieurs provinces avoisinantes dont la population est relativement petite, comme par exemple, les provinces Maritimes.

Il ressort aussi de toute évidence, de nos propres connaissances des provinces autres que l'Ontario, de l'étude des résumés de faits, au chapitre VI[1], touchant les services de santé organisés dans les autres provinces, et des commentaires et recommandations des personnes qui, dans les autres provinces, ont eu en main le texte provisoire de notre rapport, que plusieurs sinon la plupart des controverses et des problèmes particuliers qui existent en Ontario relativement aux services de santé, se retrouvent, à un degré plus ou moins semblable, dans chacune des autres provinces. L'Ontario n'a pas le monopole des problèmes et des controverses qu'entraînent la planification, la distribution des services, l'enseignement et la formation, le personnel, le financement et la coordination.

Nous proposons que des études semblables à celle qui fait l'objet de notre rapport actuel soient entreprises dans les autres provinces, de matière que l'application particulière des principales propositions d'ordre administratif faites au chapitre IV[2], et des propositions touchant les services et les programmes faites aux chapitres I-III[3] et résumées au chapitre V[4], soit déterminée pour chacune des provinces.

---

[1]Chapitre VI, p. 115.

[2]Chapitre IV, pp. 87-93.

[3]Chapitres I-III, pp. 13-86.

[4]Chapitre V, pp. 95-112.



APPENDICES

ÉTUDE SUR LES LIEUX DANS LA VILLE DE PETERBOROUGH

GÉNÉRALITÉS

La ville de Peterborough est située dans le comté du même nom, environ 90 milles au nord-est de Toronto et 135 milles à l'ouest de Kingston. C'est le centre administratif du comté et la ville la plus importante dans un rayon très étendu. La rivière Otonabee, qui forme une partie du canal Trent reliant les lacs Huron et Ontario, traverse la ville. Géographiquement, Peterborough est située dans la région du bas Saint-Laurent. Elle est au centre d'une fertile région agricole. Au nord, ce sont les régions montagneuses des forêts et des lacs du bouclier canadien. A l'est, une région dotée de grands gisements de minerais: fer, uranium et syénite néphéline. Le climat y est chaud en été et modérément froid en hiver.

Historiquement, ce site fut d'abord nommé Scott's Plains, en l'honneur du pionnier qui y construisit un moulin à blé en 1820 à l'intention des colons. Ces derniers pour la plupart venaient de Grande-Bretagne, attirés dans cette région surtout par les concessions de terrains offertes aux militaires retraités après les guerres napoléoniennes. Quelques années plus tard, de nombreux émigrants irlandais s'y établirent comme cultivateurs. Les riches ressources forestières de la région environnante favorisèrent la construction de nombreuses scieries. Cette colonie prit le nom de Peterborough en 1827. Elle devint le centre des entreprises agricoles et forestières des régions environnantes et son développement fut constant.

Le recensement de 1961 indiquait une population de 47,185 âmes contre 38,272 en 1951, soit une augmentation de plus de 23 p. 100 au cours de la décennie[1]. Environ 100,000 personnes vivent dans un rayon de 20 à 25 milles de cette ville. Une récente annexion, le 1er janvier 1963, a porté la population de la ville un peu au-delà de 50,000 âmes. Près de 40 p. 100 de la population de 1961 avait moins de 20 ans, par comparaison avec 39.5 p. 100 pour l'ensemble de la province[2].

---

[1] Données des recensements de 1951 et de 1961 du Bureau fédéral de la statistique. Le pourcentage de l'augmentation de la population pour l'ensemble de l'Ontario au cours de la même période était de 35.64 p. 100 (de 4,597,542 à 6,236,092 personnes).

[2] Données du recensement de 1961 du Bureau fédéral de la statistique.

Environ 9.3 p. 100 des gens étaient âgés de 65 ans ou plus, par comparaison avec les données provinciales d'environ 8.3 p. 100[1]. La proportion plutôt élevée de personnes âgées s'explique dans une large mesure par le fait que les résidents de la région rurale environnante s'établissent fréquemment en ville quand ils prennent leur retraite. Plus de 80 p. 100 de la population est de descendance britannique. Le reste de la population est surtout d'origine européenne. Environ 70 p. 100 des habitants sont protestants et 24 p. 100 d'entre eux sont catholiques.

Peterborough est un grand centre industriel, connu surtout par sa fabrication de gros matériel électrique[2]. De grandes usines fabriquent aussi de petits appareils électriques, des moteurs hors-bord, des instruments aratoires et des appareils en fer, des tondeuses à moteur, des scies à chaîne, des montres, des horloges, des produits à base de farine, des céréales, aliments du bétail, des produits de boulangerie, des tapis et des carpettes, des bateaux et des embarcations de plaisance, des produits à base de papier, du bois d'oeuvre et des matériaux de construction, et jusqu'à dernièrement des viandes en conserve. Peterborough est le centre de la commercialisation des produits de la ferme, particulièrement des produits laitiers, de la région rurale environnante. Le tourisme est aussi une importante source de revenu pour cette ville qui est située dans le coeur même d'une région parsemée de lacs et d'endroits de villégiature. La ville de Peterborough est bien approvisionnée en gaz naturel et en énergie électrique, cette dernière excédant en potentiel la consommation actuelle. L'eau potable et l'eau industrielle sont tirées de la rivière Otonabee, en quantités plus que suffisantes. La ville est aussi pourvue de réserves considérables d'eau souterraine.

Le chemin de fer Pacifique-Canadien assure un service quotidien de trains de passagers, de fret et de messageries vers Toronto et d'autres destinations. Les Chemins de fer nationaux du Canada ont un service quotidien de messageries et de fret. La route n° 7 entre Toronto et Ottawa traverse la ville et il y a de bonnes routes vers Montréal et d'autres centres. Des autobus offrent un service quotidien et plusieurs compagnies de transport desservent Peterborough. Il existe un aéroport privé juste au sud de Peterborough.

Le coût de la vie est généralement le même que par tout dans le sud de l'Ontario, quoique un peu moins élevé qu'à Toronto. Peterborough compte de nombreux magasins de tous genres. Les écoles primaires, techniques et secondaires publiques et séparées y sont excellentes. En outre, il existe aussi une école normale provinciale. Un nouveau centre d'arts libéraux et de sciences fondamentales, l'Université Trent, a ouvert ses portes à l'automne de 1963. Un grand quotidien et un petit hebdomadaire sont publiés à Peterborough. Cette ville compte deux postes de radio et un poste de télévision. Elle est administrée par un maire et dix échevins par l'intermédiaire de services municipaux permanents.

---

[1]Données du recensement de 1961 du Bureau fédéral de la statistique.

[2]Usine principale de la *Canadian General Electric*, la plus importante fabrique de matériel électrique du Canada.

SANTÉ PUBLIQUE

Organisation

La ville de Peterborough est dotée d'un service permanent de santé publique. Le Conseil de Santé[1] comprend quatre membres, dont un seul, le maire, est membre du Conseil municipal. Le greffier municipal en est le secrétaire. Le médecin-hygiéniste est membre du Conseil et est aussi son principal agent exécutif. Le Conseil de Santé est situé dans l'hôtel de ville de Peterborough.

Rapport financier abrégé de 1962[2]

Revenu	
Subventions fédérales à la santé	$ 9,066.01
Ville de Peterborough	79,609.46
	$88,675.47
Dépenses	
Administration générale	$ 3,062.05
Enseignement de l'hygiène	499.22
Divers (y compris les conférences, locations, etc.)	3,663.23
Traitements	75,242.46
Transports	5,168.53
Imprévus	1,039.98
	$88,675.47

Personnel[3]

	Temps complet	Temps partiel	Total
Médecin-hygiéniste	1		1
Autres médecins		1	1
Surveillante, soins infirmiers d'hygiène publique	1		1
Infirmières-hygiénistes[4]	10		10
Inspecteur sanitaire en chef[5]			
Secrétaires et commis	3		3
Inspecteurs sanitaires[6]	2		2
	17	1	18

[1] Conseil de Santé de 1962:
Le président—un directeur dans une firme.
Le Maire de Peterborough.
Un directeur d'école à sa retraite.
Un employé de la *Canadian General Electric Company.*

[2] Les dépenses effectives ont été d'environ $14,500 de moins que prévu dans le budget, surtout en raison du fait que le personnel était incomplet durant une partie de l'année.

[3] A la fin de 1962.

[4] Le traitement de deux des infirmières était en partie payé par des subventions fédérales à la santé.

[5] Depuis 1963, le Service compte un inspecteur sanitaire en chef.

[6] Le Service s'occupe présentement de former un stagiaire.

Environ la moitié des infirmières-hygiénistes sont mariées et quoique le personnel change assez fréquemment, il n'est pas trop difficile de trouver des remplaçantes. Le Conseil de Santé engage les infirmières-hygiénistes avec l'assentiment du Conseil municipal, qui est donné automatiquement. La gamme des traitements est comparable à celle des villes ontariennes de même importance[1]. Les infirmières-hygiénistes ont quatre semaines de vacances annuelles. Des conférences et des cours sont donnés aux infirmières sur les lieux mêmes et elles ont aussi l'avantage de suivre des cours et de participer à des congrès à l'extérieur.

Les inspecteurs sanitaires sont embauchés directement par la municipalité sur la recommandation du Service de santé et font partie du Syndicat des employés de l'hôtel de ville. En vertu d'une entente entre la ville et le syndicat, les inspecteurs sanitaires reçoivent un traitement supérieur[2] au traitement maximum fixé pour les infirmières-hygiénistes et cela soulève des discussions chez le personnel. Cette entente a affecté les inspecteurs eux-mêmes qui n'ont plus maintenant que deux semaines de vacances alors qu'ils en avaient quatre quand ils étaient recrutés par le Conseil de la Santé. Présentement, aucun programme de formation sur les lieux n'est prévu pour les inspecteurs sanitaires.

Programmes

Lutte contre les maladies contagieuses

GÉNÉRALITÉS

En général les rapports sont incomplets à ce sujet mais les cas de maladies graves sont déclarés fidèlement[3]. Certaines maladies infantiles contagieuses sont signalées avec exactitude par les autorités scolaires et un peu moins fidèlement par les médecins. Les domiciles où l'on a signalé une maladie contagieuse ne sont pas visités à moins de motif impérieux. La mise en vigueur de périodes d'isolement exigibles avant la rentrée en classe du malade est laissée à la discrétion du directeur de l'école.

Le médecin-hygiéniste est membre du Comité de la prévention des infections du *St. Joseph's Hospital.* Ce Comité se réunit une fois par mois, sauf au cours de l'été. Il étudie tous les cas d'infection pour déterminer si les infections se sont développées à l'hôpital ou si elles existaient avant l'hospitalisation. Des efforts sont déployés pour prévenir toute recrudescence.

---

[1] A compter de 1962, le traitement initial était de $3,650 par année. Les augmentations annuelles portaient ce traitement à un maximum de $4,400. Les infirmières qui avaient un diplôme universitaire recevaient $100 de plus annuellement. Le traitement d'une surveillante en soins infirmiers était de $5,200 par année en 1962.

[2] A compter de 1962, le traitement minimum était de $4,600 par année. Les augmentations annuelles portaient ce traitement à un maximum de $4,900. L'échelle du traitement pour un inspecteur en chef était de $4,750 à $5,350 par année.

[3] On a signalé 85 cas d'hépatite infectieuse en 1962 par comparaison à 32 cas signalés en 1961.

LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Des examens diagnostiques et des consultations de rappel ont lieu au *St. Joseph's Hospital*[1] et au *Civic Hospital*[2]. Le Service municipal de santé affecte une infirmière-hygiéniste à chacune des consultations. Un médecin de la division de la prévention de la tuberculose du ministère provincial assiste à une consultation tous les mois afin d'examiner les cas qui y sont adressés. Le personnel des deux autres consultations comprend seulement deux infirmières-hygiénistes[3]. Au printemps de 1963, ce programme a été étendu et comprend désormais quatre consultations mensuelles auxquelles assistent un médecin. Deux de ces consultations ont lieu au *Civic Hospital* et les deux autres au *St. Joseph's Hospital*. Deux des médecins sont attachés au ministère provincial et les deux autres sont des médecins de la localité. Une infirmière à temps complet est attachée à cette consultation et cela permet d'assurer un meilleur service aux résidents de la banlieue. La division de la prévention de la tuberculose du ministère provincial paie le coût de se service supplémentaire. Le Service de la santé de Peterborough dirige tous les cas vers les consultations. La province fournit les appareils radiographiques et les hôpitaux, les radiologues et les locaux nécessaires pour les examens. Les radiographies sont payées par l'Association antituberculeuse du comté de Peterborough[4]. Un travailleur bénévole de l'Association antituberculeuse du comté de Peterborough prête aussi son concours à ces consultations. La plupart des malades qui requièrent des soins de sanatorium sont dirigés vers le sanatorium de Kingston ou celui de Weston (Toronto). Si les malades sont incapables de payer leurs frais de transport, l'Association s'en charge.

On a aussi installé dans les deux hôpitaux des appareils de radiographie de petite dimension pour l'examen des poumons au moment de l'admission[5]. Si une radiographie plus étendue s'impose, le technicien en est prévenu. L'hôpital fournit les techniciens et les locaux voulus et l'Association antituberculeuse du comté de Peterborough rembourse les frais[6].

Jusqu'à maintenant, le Service de santé n'a pas cru nécessaire d'installer un appareil de radiographie dans son propre bureau. Le service de santé s'est activement occupé des groupes présentant des risques élevés, comme les cas anciens, les personnes en contact avec les malades, les jeunes gens qui ont des cuti-réactions visibles à la tuberculine, et les cas présentés par les omnipraticiens.

L'unité mobile du ministère de la Santé de l'Ontario se rend régulièrement aux foyers pour les vieillards. Le médecin hygiéniste a suggéré que cette méthode de visites dans les foyers pour vieillards pourrait facilement être modifiée et réduite

---

[1] Deux fois par mois.

[2] Une fois par mois.

[3] Les infirmières-hygiénistes essaient de voir tous les malades sortants qui suivent un traitement à base de médicaments une fois par mois, dans les consultations ou à domicile.

[4] Grâce à la campagne des timbres de Noël, voir aussi pp. 271–272.

[5] Le taux d'admission après examen radiographique en 1961 a été de 88 p. 100 au *Civic Hospital* et de 89 p. 100 au *St. Joseph's Hospital*.

[6] Cinquante cents par radiographie.

à une radiographie initiale à l'admission et à des examens périodiques des expectorations par la suite. La division provinciale de l'hygiène industrielle fait périodiquement radiographier les travailleurs exposés à la poussière de silice. Le service de l'unité mobile assure des examens radiographiques à l'ensemble de la population de Peterborough environ tous les quatre ans. Tout résident de l'endroit peut réclamer ce service. La méthode actuelle comprend une radiographie pulmonaire ministure de tous ceux qui ont plus de 40 ans et une épreuve à la tuberculine, suivi d'une radiographie s'il y a lieu, pour tous ceux qui ont moins de 40 ans. Un certain nombre de firmes exigent une radiographie pulmonaire avant l'embauchage. Ces radiographies sont payées par l'Association antituberculeuse du comté de Peterborough[1]. Le Service de santé municipal fait subir des épreuves Heaf et à la tuberculine aux écoliers[2], au personnel des maisons de santé et aux personnes qui suivent des cours de gardiennes d'enfant.

Depuis 1956, tout citoyen de l'Ontario qui réclame des allocations provinciales, municipales et d'assistance peut aussi réclamer une radiographie pulmonaire aux frais du ministère provincial de la Santé. On projette d'inciter les gens à recourir davantage à cet examen par l'intermédiaire de l'agent du service municipal d'assistance (bien-être).

Il n'y a guère de doute que le programme de lutte contre la tuberculose soit, ici comme ailleurs, l'un de ceux qui donne le plus de satisfaction au personnel du Service de santé et que ce soit un domaine où il doive exister des rapports étroits avec les autres services de santé des localités. L'un des problèmes dans ce domaine est le fait que le comté situé à l'extérieur de la ville ne compte aucun médecin qui lui soit attaché à temps complet. Tous les rapports relatifs aux malades sortants sont envoyés au Service de santé mais son ressort est limité à la ville elle-même. Le personnel croit qu'un dispensaire complet de rappel et un service de soins infirmiers d'hygiène publique sont également nécessaires dans le comté.

LUTTE CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES

Le plan consiste surtout à surveiller les personnes venues en contact avec les malades et celles qui ne se font pas traiter. Il n'existe pas de dispensaires publics. Si le nom d'une personne venue en contact avec un malade est révélé, la division provinciale de la lutte contre les maladies vénériennes en avertit le médecin-hygiéniste. La personne en cause est visitée et on l'oblige à subir un examen.

Il est un peu difficile d'obtenir des données précises sur la fréquences effective des maladies vénériennes dans la région. Les rapports sont adressés directement à la province qui les transmet au médecin-hygiéniste de la localité. On soupçonne que certains cas, peut-être un grand nombre d'entre eux, présentement sous traitement, n'ont pas été signalés.

---

[1] *Ibid.*

[2] Voir p. 231–232.

IMMUNISATION

On recommande aux omnipraticiens d'administrer l'immunisation primaire aux enfants d'âge pré-scolaire afin qu'ils soient immunisés dès le début de leurs études. Dans les dispensaires d'hygiène infantile[1], le personnel administre aussi l'immunisation primaire, les injections de rappel du vaccin antivariolique et l'antigène quadruple[2]. Les inoculations sont faites par un médecin engagé à temps partiel par le Service de santé. Au cours de la saison 1962-1963, on a administré des injections primaires et le vaccin antivariolique aux écoliers qui n'avaient pas été préalablement immunisés ainsi que les injections de rappel aux enfants qui avaient reçu leur immunisation primaire. Dorénavant, toutes les immunisations primaires seront administrées au cours de la période pré-scolaire. Les élèves de 3e et de 7e année recevront une injection de rappel du vaccin trivalent[3] et ceux de la 7e année seront revaccinés.

Dans les écoles secondaires, les élèves de 11e année recevront une injection de rappel du vaccin mixte d'anatoxine tétanique et du vaccin Salk contre la poliomyélite.

Aucun plan particulier n'est prévu pour les adultes. Toutefois, les adultes peuvent prendre rendez-vous avec le Service de santé pour se faire vacciner contre la variole. Les personnes qui désirent être immunisées contre d'autres infections sont renvoyées à leur omnipraticien. Le premier plan Salk a été mis en oeuvre par le Service de santé dans cette région. Le plan organisant la première administration sur une vaste échelle du vaccin Sabin est terminé; 85 p. 100 des enfants et 55 p. 100 des adultes ont été vaccinés.

Salubrité

DISTRIBUTION D'EAU

L'eau provient d'une source en surface, la rivière Otonabee. Cette eau est filtrée et chlorée dans une usine de la Commission des services publics de Peterborough. La capacité excède de beaucoup la demande actuelle. Il existe également des ressources considérables d'eaux souterraines qui pourraient être utilisées par les industries qui ont besoin de grandes quantités d'eau non chlorée pour des besoins industriels. En décembre 1963, le plébiscite sur la question de la fluorisation a abouti à une majorité de votes négatifs. Le Service de santé a pour fonction de faire les inspections courantes relatives à la salubrité de l'eau. Des échantillons de l'eau de la municipalité sont examinés quotidiennement et sur demande. Cette ville ne compte aucune distribution d'eau potable indépendante.

---

[1] Voir p. 230.

[2] *DPT Polio* ... anatoxine diphtérique, vaccin contre la coqueluche, l'anatoxine tétanique et le vaccin Salk contre la poliomyélite dans un antigène mixte.

[3] *DT Polio* ... anatoxine diphtérique, anatoxine tétanique et vaccin Salk contre la poliomyélite dans un antigène mixte. Ce vaccin trivalent est employé uniquement comme injection de rappel.

ÉVACUATION DES EAUX D'ÉGOUT

Le service municipal des Travaux publics possède une usine d'épuration adéquate pour le traitement et la digestion des boues. L'excédent est transporté par camion sur des terrains du comté environnant. L'effluent est chloré en été, mais en d'autres temps il est déversé dans la rivière Otonabee sans être préalablement traité. La capacité de cette usine d'épuration suffira pour de nombreuses années à venir. Elle peut maintenant digérer les effluents industriels et l'on déploie tous les efforts voulus pour inciter les industriels de la ville à utiliser le système des eaux-vannes plutôt que celui des eaux pluviales. Les grandes usines ne présentent aucun problème, mais quelques petits établissements déversent leurs eaux industrielles dans les égouts des eaux pluviales. Ces industriels l'ignorent fréquemment, surtout quand les conduits du réseau ont été installés depuis nombre d'années et que personne ne sait si le conduit est celui d'un égout pour les eaux pluviales ou d'un égout pour les eaux-vannes. La situation s'éclaircit seulement quand on fait de longues recherches pour découvrir les causes de pollution.

Afin d'éliminer tout risque de pollution, dont les effets sont nuisibles à la santé, le Service de santé fait des inspections régulièrement et enquête quand il reçoit des plaintes.

Le Service de santé est également tenu de contrôler les systèmes privés d'évacuation de fosses à vidange ou de fosses septiques. Les autorités font de leur mieux pour faire disparaître le plus rapidement possible les quelques endroits de ce genre qu'on persiste à utiliser. Néanmoins, il est parfois difficile de faire respecter ces arrêtés municipaux qui obligent de raccorder les conduits au tout-à-l'égout quand ce dernier existe. La ville propose aux intéressés de faire l'installation et d'en avancer les frais, moyennant un remboursement ultérieur par paiements échelonnés comprenant les taxes.

APPROVISIONNEMENT EN LAIT

La ville compte sept établissements de pasteurisation. Le contrôle de la pureté du lait est exercé dans les laiteries. Le Service de santé prélève des échantillons de lait pasteurisé deux fois par mois. Il n'inspecte pas les fermes car celles-ci le sont par le représentant local du ministère provincial de l'Agriculture. Une de ces laiteries fabrique de la crème glacée et l'établissement est inspecté mensuellement.

ABATTOIRS ET INSPECTION DES VIANDES

Toutes les viandes vendues dans Peterborough doivent être inspectées par les autorités fédérales, provinciales ou locales. Cette exigence est la conséquence du nouvel arrêté municipal qui stipule que toute viande destinée à l'alimentation des êtres humains doit être préalablement inspectée. Il n'y a plus d'abattoirs dans

la ville. Une importante conserverie a récemment fermé ses portes pour des raisons économiques. Les agriculteurs vendent leurs produits en ville, une fois la semaine, et leur marché est périodiquement inspecté quant aux conditions générales d'hygiène.

DÉBOUCHÉS DE PRODUITS ALIMENTAIRES ET RESTAURANTS

Les boulangeries, débits de boissons, boucheries, cantines et restaurants, magasins d'aliments, boutiques de crème glacée, marchés, les établissements de produits laitiers, vendeurs de lait, cantines mobiles, vendeurs ambulants, les colporteurs, et les comptoirs de rafraîchissements sont tous l'objet d'une inspection sanitaire à intervalles réguliers. L'inspection est de règle également lors de la demande du permis municipal annuel ou en cas de plainte. Les quatre établissements de boissons et d'embouteillage sont inspectés trimestriellement. Les appareils automatiques,comme les distributeurs d'aliments et de lait, sont inspectés régulièrement. Les établissements de crème glacée molle sont inspectés mensuellement quand ils fonctionnent. Ils sont également inspectés sur réception d'une plainte.

Les restaurants et les salles à manger des hôtels sont minutieusement inspectés chaque mois. Des échantillons sont envoyés au laboratoire provincial de la région de Peterborough[1]. Quand ils visitent les restaurants et les salles à manger des hôtels, les inspecteurs tentent d'inculquer des principes d'hygiène à leurs propriétaires et à leurs cuisiniers. Le personnel change très fréquemment dans ces établissements, et cela rend la formation et le contrôle difficiles. Le côté esthétique laisse à désirer dans certains endroits, mais cet aspect n'est pas du ressort du Service de santé à moins qu'il n'y ait un danger pour la santé.

PLOMBERIE

L'inspection de la plomberie est du ressort d'un inspecteur spécial de la plomberie attaché au Service technique de la ville. Comme nous l'avons dit précédemment[2], le Service de santé fait l'inspection des fosses septiques et des installations sanitaires des écoles.

NATATION

La rivière, le canal et un petit lac dans la ville même sont inspectés chaque semaine pour assurer la sécurité des nageurs au cours de la saison d'été. D'autres endroits sont inspectés chaque mois. Au cours de la saison d'été, une piscine extérieure est inspectée chaque semaine; les piscines intérieures publiques, toutes les semaines. Les piscines privées le sont seulement sur demande.

---

[1]Voir pp. 246–247.

[3]Voir p. 226.

ORDURES MÉNAGÈRES

Le Service technique de la ville s'occupe de l'enlèvement des ordures ménagères. Celles-ci doivent être emballées convenablement et déposées dans des poubelles à cet effet. Elles sont transportées dans des camions dits *Sani-van*. Deux fois par année, le Service technique veille à l'enlèvement des ordures ménagères qui ne sont pas acceptées en temps ordinaire. Ce règlement est strictement mis en vigueur. On se débarrasse des ordures ménagères dans la municipalité d'Otonabee, située à dix milles plus loin, en procédant à ce qu'on peut appeler un remblayage sanitaire. Le Service de santé ne s'occupe de l'enlèvement des ordures ménagères que pour instruire les plaintes qui font état d'un danger pour la santé publique.

HABITATIONS

Certains quartiers de la ville ne répondent pas aux normes d'habitation exigibles. La politique actuelle est d'apposer une affiche sur le logement condamné seulement quand les locataires ont déménagé et non lorsque les lieux sont encore habités. L'un des problèmes assez fréquents est de trouver un logement pour les habitants des habitations condamnées. Les règlements relatifs aux normes de l'habitation sont mis en vigueur par plusieurs services municipaux[1].

POLLUTION DE L'AIR

La pollution de l'air ne représente pas un problème sérieux pour le moment. La division provinciale de l'hygiène industrielle a un centre d'analyse dans la ville, placé sous la surveillance du Service municipal des incendies. Les épreuves portent surtout sur le dépistage des substances et des poussières radio-actives. Le Service de santé n'est pas directement associé au travail du centre. Il n'existe aucun arrêté local qui permette d'appliquer la Loi sur la lutte contre la pollution de l'air, mais un inspecteur du Service technique de la ville poursuit présentement une étude sur la pollution.

DIVERS

Plusieurs autres endroits de toutes sortes sont aussi inspectés régulièrement pour vérification de leur état sanitaire. Par exemple, les salons de coiffeurs, les salons de beauté, les garderies, les salons funéraires, les salles de toilette des garages, les pensions pour bébés, les prisons, les buanderies, les hôtels dits de "touristes", les écoles, les théâtres et les salles publiques. Les appartements sont inspectés uniquement s'il y a eu plainte.

---

[1]Le Service de santé, les inspecteurs des bâtiments du Service technique et le Service municipal des incendies.

GÉNÉRALITÉS

C'est parfois un problème que de mettre en vigueur certaines lois provinciales. Parfois leur application est difficile en raison de leur stricte observation pourrait être sévère pour les intéressés. En conséquence, la mise en vigueur de la législation exige beaucoup de tact. Cette considération mise à part, le Service municipal de la santé à très peu de problèmes relatifs à la surveillance à exercer sur le milieu, qu'il ne puisse régler lui-même.

Hygiène maternelle et infantile

PROGRAMME PRÉNATAL

En 1962, quatre séries de cours prénataux ont été offertes. Les intéressées y assistent sur recommandation de leur médecin ou doivent en faire la demande ellesmêmes. Chaque série comprend neuf cours, Ces séries sont sous les auspices du Service de santé et les cours sont donnés par les infirmières-hygiénistes. Ces séries comprennent aussi des cours de culture physique. Le programme de 1962 ne comprenait pas de cours pour les conjoints. Selon nous, ces cours préparatoires à l'accouchement sont aussi des cours de formation pour les futurs parents.

Il n'existe pas de consultations prénatales dans l'un ou l'autre hôpital et les hôpitaux n'assurent aucun service de dispensaire. La surveillance médicale prénatale retombe entièrement sur les omnipraticiens. Cependant, les infirmières-hygiénistes font des visites à domicile pour donner des instructions prénatales quand des cas leur sont mentionnés ou à la demande des médecins[1]. Le nombre de cas, s'il en existe, qui se rangent dans le groupe de faible revenu et qui sont très peu ou pas du tout suivis au cours de la grossesse, demeure inconnu. Les infirmières visiteuses de l'Ordre de Victoria font aussi des visites à domicile mais ne donnent pas de cours prénataux.

En 1962, on a enregistré la naissance de 1,015 enfants viables issus de résidents et 838 enfants viables issus de non résidents.

PROGRAMME POSTNATAL

Les infirmières-hygiènistes font des visites à domicile aussitôt que possible après réception de l'avis de naissance[2]. Par la suite, elles font des visites à la

---

[1]Des visites prénatales ont été faites chez 111 cas par les infirmières-hygiénistes et chez 7 cas par le V.O.N., en 1962. En se basant sur 1,015 naissances d'enfants viables issus de résidents, environ 12 p. 100 des mères admissibles ont été visitées. (Méthode employée par G.K. Martin et K.B. Ladd, "*Maternal and Child Health Services, Ontario, 1958*", *Canadian Journal of Public Health*, mars 1961, p. 112. Les erreurs de ce calcul sont décrites dans l'article.)

[2]*Ibid.*, p. 114. Des visites après l'enregistrement de la naissance et avant que le bébé ait un mois ont été faites chez 664 cas par les infirmières-hygiénistes et chez 17 cas par le V.O.N. Cela représente environ 67 p. 100 des cas admissibles. Environ 80 p. 100 des nouveau-nés ont été vus au moins une fois.

demande du médecin de famille ou lorsque la mère et l'enfant ne sont pas suivis régulièrement. Tous les efforts sont tentés pour convaincre les mères de subir un examen post-partum six semaines après l'accouchement. A une certaine époque, les infirmières-hygiènistes visitaient tous les cas d'obstétrique du *St-Joseph's Hospital*. Cette méthode épargnait beaucoup de temps parce qu'elle permettait de déterminer les cas qui avaient besoin des visites à domicile. Les médecins se sont opposés à l'introduction de ce régime au *Civic Hospital*. Par la suite, le personnel médical a demandé que le régime soit abandonné au *St-Joseph's Hospital*. On croit qu'il y a eu malentendu sur ce service et on espère qu'il sera bientôt rétabli.

Certains cas de maternité sont confiés aux infirmières visiteuses de l'Ordre Victoria par leurs médecins, mais le Service de santé n'est pas informé de ce fait. Il arrive donc parfois qu'en dépit d'une bonne liaison entre les deux organismes, le même foyer soit visité par les deux.

CONSULTATIONS POUR BÉBÉS ET AUTRES ENFANTS

Des consultations pour bébés et autres enfants ont lieu une fois par mois dans six centres. On y donne des conseils aux mères sur la croissance et le développement normaux de leurs enfants ainsi que des immunisations primaires et des injections de rappel[1]. Un médecin de service[2] s'occupe des immunisations et fait les examens qui s'imposent. Depuis quelques années, l'assistance à ces consultations diminue et l'on croit que moins de la moitié des enfants admissibles y sont conduits[3]. D'après certaines opinions, de plus en plus de gens recourent aux services des omnipraticiens, depuis que l'assurance-maladie existe. Mais le personnel du service s'oppose à ce que ces consultations soient entièrement abolies par crainte que certains cas ne soient pas du tout suivis. Sauf pour les immunisations, peu d'enfants de plus d'un an sont conduits aux consultations.

PENSIONS POUR LES NOURRISSONS ET LES MÈRES

En Ontario, la Loi sur les pensions maternelles stipule que toute personne qui loge et nourrit un enfant de moins de trois ans moyennant rémunération doit obtenir la permission du médecin-hygiéniste. Les infirmières-hygiénistes visitent les foyers et obtiennent les renseignements nécessaires avant l'émission du permis. Ces pensions sont inspectées trois ou quatre fois par année. Les inspecteurs sanitaires les visitent aussi après que les propriétaires ont fait leur demande initiale de permis afin de s'assurer que les lieux soient conformes aux normes

---

[1]Voir p 225.

[2]Ses services sont retenus à temps partiel par le Conseil de la Santé.

[3]328 enfants ont été conduits à ces consultations en 1962.

sanitaires. Ces pensions sont signalées au Service de santé par la Société d'aide aux enfants qui veille à ce que les enfants reçoivent des soins qui répondent aux normes établies.

PROGRAMME D'HYGIÈNE POUR LES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE

Les services de consultation d'hygiène sont à la disposition des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire, mais peu y sont conduits après l'âge d'un an[1]. Les infirmières-hygiénistes font des visites à domicile à la demande des médecins ou des familles et lorsqu'elles apprennent que leurs conseils contribueraient à régler certains problèmes.

Chaque printemps, des lettres sont envoyées aux parents des enfants qui commenceront leur cours l'automne suivant afin de leur demander de faire examiner les futurs écoliers par un omnipraticien[2]. On recommande aussi aux parents de faire examiner les dents de ces enfants. Les infirmières font ces examens au début de l'année scolaire quand les parents n'ont pas tenu compte de la lettre qu'ils ont reçue au printemps. Quand les infirmières le jugent à propos, les élèves sont envoyés au médecin-hygiéniste pour subir un examen médical.

L'envoi adressé aux parents comprend une lettre, une formule de renseignements sur l'état de santé, une formule pour l'examen médical, une carte pour l'examen dentaire et de la documentation sur l'hygiène. Le dépistage des tares physiques est de première importance dans l'examen préscolaire car les infirmières-hygiénistes peuvent ensuite suivre les enfants handicapés et déployer les efforts voulus pour l'amélioration ou la correction de ces déficiences.

Services d'hygiène dans les écoles[3]

En accord avec les prescriptions de la loi, les écoles et les cafétérias sont inspectées régulièrement afin de s'assurer qu'on y observe les règles de l'hygiène. Les autres services sont prévus selon les ententes qui existent entre les autorités de la Santé et les autorités scolaires.

SERVICE DANS LES ÉCOLES PRIMAIRES

En 1962-1963, l'immunisation s'est faite en première année, par des injections primaires, le vaccin antivariolique et des injections de rappel. Au cours des années suivantes, le programme d'immunisation s'est poursuivi au cours de la

[1] Voir p. 230.

[2] En 1962, 83 p. 100 des examens préscolaires ont été faits par les omnipraticiens. Seulement 35 p. 100 des élèves ont remis des cartes d'examen dentaire.

[3] En 1962, il y avait 15 écoles élémentaires publiques qui comptaient 7,125 élèves, neuf écoles élémentaires séparées qui comptaient 2,622 élèves, trois écoles secondaires et techniques publiques qui comptaient 3,642 élèves, et deux écoles secondaires séparées (une intermédiaire et l'autre avancée) qui comptaient 802 élèves.

période préscolaire. Les injections de rappel avec le vaccin triple seront données en 3e et en 7e année et une revaccination antivariolique sera administrée en 7e année.

Pour ce qui est du tri préliminaire, on a recours au test Heaf en 1re et en 8e année. Les élèves qui ont une réaction positive au test Heaf subissent ensuite le test Mantoux. Ce dernier est suivi d'une radiographie pulmonaire s'il y a lieu. Présentement, le travail audiométrique se fait en 1re, 3e et 5e année des écoles de la Commission scolaire par une technicienne du ministère de l'Instruction publique. Cette personne s'occupe également des examens de la vue des élèves de 1re, 4e et 7e année. Il n'y a pas d'examens audiométriques dans les écoles séparées. Le diagramme Snellen et le test de myopie sont employés pour ces examens et, s'il y a lieu, les parents et les omnipraticiens sont mis au courant.

Les enfants qui n'ont pas subi d'examen préscolaire sont tous examinés par l'infirmière-hygiéniste qui les envoie au médecin-hygiéniste quand cela lui semble indiqué. Les infirmières-hygiénistes se préoccupent particulièrement de dépister les tares physiques corrigibles et à en prévenir les parents afin que les enfants reçoivent les soins voulus. Les élèves ne subissent pas d'examens subséquents à moins que leur cas ne soit soumis à l'infirmière par l'instituteur, le directeur ou les parents. Des réunions instituteur-infirmière sont tenues annuellement au cours desquelles chaque élève d'une classe fait l'objet d'une brève étude par l'instituteur et l'infirmière-hygiéniste. En 8e année, les élèves sont convoqués à une causerie générale sur l'hygiène et chacun d'eux peut réclamer une entrevue personnelle avec l'infirmière-hygiéniste dans le dessein d'en obtenir des conseils.

Les infirmières consacrent de plus en plus de temps à l'orientation des élèves qui leur sont confiés pour des troubles émotifs légers et des problèmes sans gravité de mauvaise conduite et d'absence volontaire. Les cas plus graves sont soumis aux parents à qui l'on suggère de faire examiner l'enfant par leur médecin de famille et, si cela s'impose, par le dispensaire d'hygiène mentale de la localité[1]. Le personnel qui s'occupe de chacun des cas participe à des réunions mensuelles tenues conjointement par le dispensaire d'hygiène mentale, les écoles et le Service de santé. Une réunion annuelle sur la santé mentale des écoliers est aussi tenue dans chacune des écoles élémentaires. Les représentants du Dispensaire d'hygiène mentale, le médecin-hygiéniste, la surveillante des soins infirmiers d'hygiène publique, l'infirmière-hygiéniste attachée à l'école locale, l'inspecteur de l'école locale, le surintendant des écoles, l'inspecteur, le directeur, l'orienteur de l'école locale, les instituteurs en cause, participent à cette réunion annuelle.

En 1963, lors des assemblées générales du personnel tenues dans chacune des écoles à l'époque de la rentrée des classes, le médecin-hygiéniste, la surveillante des soins infirmiers d'hygiéne publique et l'infirmière-hygiéniste des écoles ont décrit le programme d'hygiéne prévu pour l'année scolaire.

Il existe des cours spéciaux pour les enfants moins doués et quelques classes aménagées pour recevoir les élèves physiquement diminués. Des subventions provinciales et municipales ont été accordées à l'École pour les enfants arriérés, école

[1]Voir p. 244–245.

fondée par une association bénévole de parents pour répondre aux besoins des enfants qui ne peuvent suivre le cours normal de la Commission scolaire.

SERVICE DANS LES ÉCOLES SECONDAIRES

L'anatoxine tétanique et le vaccin Salk contre la poliomyélite sont donnés en 11e année. Pour ce qui du tri préliminaire, on a recours en 10e et en 12e année au test Heaf (suivi du test Mantoux pour les cas positifs) et une radiographie pulmonaire au besoin. Présentement, aucun examen de la vue ou de l'ouie n'est prévu. Aucune surveillance dentaire non plus. L'infirmière-hygiéniste examine les élèves qui n'ont pas été présentés au médecin de famille[1] avant d'entrer à l'école secondaire, comme le recommandait la lettre et les formules envoyées à leurs parents. Au besoin, elle envoie les élèves voir le médecin-hygiéniste. Toute anomalie est signalée aux parents qui en informent leur médecin de famille.

On a l'intention de préconiser un plus grand nombre de réunions instituteur-infirmière, particulièrement celles auxquelles participent l'infirmière-hygiéniste, les moniteurs de culture physique et les orienteurs. On projette aussi d'intensifier le service de conseils aux élèves assuré par les infirmières-hygiénistes[2]. Les infirmières-hygiénistes, le médecin-hygiéniste et les instituteurs participent à une réunion annuelle au début de l'année scolaire.

Présentement, le programme des écoles secondaires est plutôt restreint et varie d'une demi-journée à deux demi-journées par semaine dans les écoles secondaires. La pratique consistant à faire examiner les élèves par le médecin de famille avant leur inscription à l'école secondaire a recueilli l'approbation générale. Les Conseils d'administration des écoles exigent que les élèves qui pratiquent des sports de compétition subissent un examen annuel. Ce sont les médecins de famille qui font ces examens.

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

Peterborough est l'une des municipalités dont le service d'hygiène scolaire était autrefois du ressort de la Commission scolaire. Ce service a été remplacé par le programme actuel, fondé sur une entente générale avec le Conseil de santé[3]. Toutefois, un certain nombre de questions ne sont pas encore réglées. Par exemple la Commission scolaire aimerait sans doute qu'on établisse un service de premiers soins à temps complet, dont le personnel assisterait aux épreuves sportives. De son côté, le Service de santé croit que ce serait faire perdre leur temps aux infirmières.

---

[1]En 1962, les médecins de famille ont examiné 68.5 p. 100 des élèves avant leur inscription à l'école secondaire. Seulement 39 p. 100 des élèves ont remis des cartes dentaires signées.

[2]En 1962, 1,541 réunions de ce genre ont eu lieu.

[3]Le programme audiométrique incombe à la Commission scolaire. On propose soit de l'inclure dans le programme d'hygiène scolaire et de l'étendre aux écoles secondaires et séparées, soit de l'intégrer plus étroitement aux Services de santé.

Le Service de santé fait remarquer que les instituteurs, après avoir suivi un cours pratique, pourraient s'occuper des premiers soins mineurs. Dans le cas d'accidents plus graves, des soins médicaux ou hospitaliers sont indiqués de préférence aux soins infirmiers.

Une autre question qui reste en suspens est celle du régime dentaire scolaire. La Commission scolaire retenait antérieurement les services d'un dentiste pour examiner les dents des élèves et traiter les enfants des familles indigentes. Certains autres cas étaient envoyés à d'autres dentistes. Cette pratique a cessé aux termes de la nouvelle entente avec le Service de santé, partiellement en raison du fait que le premier préposé a pris sa retraite et partiellement parce que l'on est incertain quant au genre de programme à prévoir.

Présentement, les lettres adressées aux parents des enfants d'âge préscolaire et des élèves qui doivent s'inscrire à l'école secondaire recommandent un examen dentaire. Les écoles voudraient que l'on rétablisse le service d'examens et de conférences dentaires.

On suggère que des subventions municipales soient accordées pour les soins dentaires des enfants dont les familles ne peuvent subvenir au coût du traitement. Cela leur permettrait de voir un dentiste de leur choix plutôt qu'un dentiste dont les services sont retenus par les écoles. Par contre, selon plusieurs dentistes, ceux d'entre eux qui sont établis depuis longtemps ont déjà tout le travail qu'ils peuvent accomplir. Ils croient cependant que les dentistes nouvellement établis s'empresseraient d'accepter cette tâche, tout au moins au début. Évidemment, cela dépendrait de l'arrivée constante de nouveaux dentistes. Un tel projet du reste échouerait peut-être, car le bruit court qu'il est parfois difficile de trouver des dentistes qui consentent à traiter des enfants quand le financement de ces soins dentaires est assuré par les allocations aux mères et aux enfants à charge. Jusqu'à présent la Société d'aide aux enfants a pu assurer les soins dentaires de ses pupilles. Mais la Loi sur l'assistance et le bien-être social aide les municipalités à payer les frais des extractions d'urgence seulement. Conséquemment, les enfants d'âge préscolaire et scolaire peuvent obtenir des soins dentaires préventifs seulement par des arrangements privés avec des dentistes qui consentent à les traiter gratuitement ou dont les services sont payés par des clubs d'entr'aide.

Dans le domaine de l'hygiène mentale, les principaux problèmes sont l'interdépendance et la clarification des fonctions. On a avancé qu'il ne faut pas s'attendre à ce que les infirmières-hygiénistes s'occupent d'enfants présentant des problèmes autres qu'émotifs et personnels. Par ailleurs, les orienteurs tendent à restreindre leur activité à des conseils professionnels et à la sélection des enfants pour les classes spéciales. De son côté, le dispensaire d'hygiène mentale[1] trouve qu'il est déjà surchargé de travail et qu'on ne devrait lui envoyer que les cas graves. L'interprétation de ce qui constitue un cas grave varie quant à l'école, au service scolaire et au dispensaire. Certains médecins croient aussi

---

[1]Voir p. 244—245.

que les écoles insistent peut-être sur le besoin de traitement au point que les parents conduisent des enfants au dispensaire pour des problèmes que leur médecin de famille pourrait régler.

Une autre question inquiétante pour les écoles et le Service de Santé est celle de l'éducation sexuelle à la fin du primaire et au début du secondaire. Les autorités croient qu'un programme s'impose, car un certain nombre de grossesses ont été signalées chez les élèves de ces groupes d'âge.

Enseignement de l'hygiéne

Le Service de santé poursuit cette tâche principalement au moyen de contacts personnels. Les grands moyens d'information sont employés pour les programmes spéciaux comme celui du vaccin Sabin. Le médecin-hygiéniste rédige une rubrique hebdomadaire dans le *Peterborough Examiner*. Les membres du personnel donnent aussi des causeries sur invitation à différentes réunions de clubs et d'associations.

Prévention des accidents

Le Service de santé n'a adopté aucun programme à cet effet. Cependant, les infirmières font des rapports sur les problèmes qu'elles notent au cours de leurs visites à domicile. Plus récemment, les Centres de traitement contre les empoisonnements[1] ont remis leurs cas à suivre au Service de santé, mais leur nombre est relativement petit. La police organise des séances d'information dans les écoles et auprès des adultes sur le sujet de la prévention des accidents.

Soins infirmiers d'hygiène publique et soins à domicile

Il existe une filiale des infirmières visiteuses de l'Ordre de Victoria[2] à Peterborough, les infirmières-hygiénistes ne prodiguent donc pas de moins à domicile aux malades alités. Par contre, elles visitent les futures mères et les nouveau-nés comme on l'a mentionné précédemment. Il y a un nombre croissant de visites à domicile pour des cas d'hygiène mentale. Ces cas se sont révélés dans les écoles, parmi les personnes qui ont reçu leur congé d'un hôpital pour malades mentaux et parmi celles qui fréquentent le dispensaire d'hygiène mentale. Il semble qu'il y aura de plus en plus d'activité dans ce domaine. Rappelons aussi les visites qui sont faites au titre de la lutte contre la tuberculose et les maladies vénériennes. Malgré l'excellente collaboration qui existe entre les infirmières de l'Ordre de Victoria et le Service de santé, ces deux organismes visitent parfois sans le savoir les mêmes vieillards, futures mères et nouveau-nés.

La ville est divisée en dix districts pour ce qui est des visites à domicile. Chaque infirmière s'occupe d'une ou de plusieurs écoles qui font partie ou qui sont en dehors de son district.

---

[1]Voir p. 240.

[2]Voir p. 257–258.

Organisation des mesures d'urgence

Le médecin-hygiéniste est le directeur médical de cette organisation pour la ville. Mais la planification municipale a été entravée par l'incertitude témoignée aux échelons gouvernementaux supérieurs à l'égard de ce plan. Le coordonnateur municipal s'occupe activement de cette question.

Liaison avec les autres services de santé de la localité

Le médecin-hygiéniste est membre du conseil d'administration des infirmières de l'Ordre de Victoria, de la Société d'aide à l'enfance, de l'Association antituberculeuse du comté de Peterborough et de la filiale locale de la Société canadienne contre le cancer. Le Service de santé entretient aussi des relations étroites avec le directeur des services sociaux et le laboratoire régional du ministère de la Santé de l'Ontario, qui sont tous deux logés dans le même édifice que que le Service de santé.

Le médecin-hygiéniste est membre de la Société médicale du comté de Peterborough et est estimé de ses collègues. Il existe cependant des points de friction, particulièrement dans les services personnels de Santé, car la ville compte de nombreux médecins et la concurrence est grande. Le médecin-hygiéniste est membre associé du personnel des deux hôpitaux et participe aux réunions du personnel des deux institutions. Il est membre de la section de médecine générale des deux hôpitaux et du Comité de prévention des infections du *St. Joseph's Hospital.*

Commentaires généraux

Parmi les problèmes mentionnés par différents membres du Service de santé, se trouve le chevauchement de services, parce que ceux-ci sont assurés par divers groupes, en ce qui concerne le secours matériel, par exemple. Nous recommandons l'établissement d'un bureau central d'enregistrement, peut-être dans le local même du Service, comme solution à ce problème. Il semble que, pour ce qui est des soins médicaux, du logement et de la récréation, les besoins des vieillards et des jeunes handicapés ne soient pas actuellement entièrement satisfaits. Les besoins dentaires, alimentaires et les questions de santé soulevées par les familles qui reçoivent l'aide de l'assistance publique et les familles nombreuses à faible revenu, sont aussi des problèmes dont il faut trouver la solution. Présentement, aucune construction de logements n'est prévue pour les familles à faible revenu.

MÉDECINS

Généralités

Les médecins sont nombreux à Peterborough et beaucoup d'entre eux sont spécialisés. De plus, cette région a été une des premières à adopter l'exercice de la médecine de groupe. La région compte trois groupes médicaux solidement

établis en plus d'un groupe d'anesthésistes[1]. Il y a 78 médecins[2] établis dans la ville, y compris le médecin-hygiéniste, trois médecins biologistes[3], et le directeur du dispensaire d'hygiène mentale. Soixante de ces 78 médecins sont spécialisés et 18 sont des omnipraticiens. Les spécialistes représentent donc 75 p. 100[4] des médecins de cette ville. Aussi, un certain nombre de spécialistes en médecine interne, de pédiatres, d'obstétriciens et de chirurgiens s'occupent aussi de médecine générale en plus de leur spécialité. Les spécialités des praticiens comprennent la plupart des types de chirurgie, l'obstétrique et la gynécologie, la psychiatrie, la dermatologie, la médecine interne, l'ophtalmologie, l'oto-rhinolaryngologie, la radiologie, la chirurgie plastique, l'anesthésie, la pédiatrie, l'hygiène et la biologie médicale. La plupart des cas qui exigent des soins d'un spécialiste peuvent donc être traités à Peterborough. La région rurale environnante compte de 12 à 15 médecins supplémentaires qui font surtout de la médecine générale.

Les cas qui requièrent des soins psychiatriques prolongés ne sont pas traités dans les hôpitaux de Peterborough mais ils sont dirigés vers les hôpitaux mentaux de Kingston et de Whitby. Ceux qui requièrent des soins psychiatriques de brève durée sont traités au *Civic Hospital*. Les cas de tuberculose sont envoyés aux sanatoriums de Weston (Toronto) ou de Kingston. Le *Civic Hospital* a consacré une aile aux malades chroniques afin que ces cas puissent être traités à Peterborough. La ville ne compte pas de neuro-chirurgiens ni de spécialistes en chirurgie cardiaque et les cas qui exigent ces genres d'interventions sont envoyés à Toronto ou à Kingston. Les cas de cancer qui ont besoin de radiothérapie sont envoyés au *Princess Margaret Hospital* de Toronto. Un médecin du *Princess Margaret Hospital* tient une consultation deux fois par mois au Civic Hospital pour confirmer le diagnostic des cas soumis par les médecins de la localité et pour suivre les cas qui ne sont plus sous traitement.

Les enfants inscrits au registre de la Société pour les enfants infirmes de l'Ontario sont visités par l'infirmière de district de cette société. Une grande partie de la chirurgie de redressement se pratique à Peterborough. Les autres cas sont envoyés à Toronto. Les adultes qui ont besoin d'une réadaptation orthopédique considérable sont dirigés vers le nouveau centre de la *Rehabilitation Foundation for Poliomyelitis and the Orthopaedically Disabled*. Un physiothérapeute de la Société Canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme fait des visites à Peterborough et les hôpitaux ont aussi des dispensaires de physiothérapie. On étudie la possibilité d'établir un centre de rééducation à Peterborough en collaboration avec l'un des hôpitaux.

---

[1]La Peterborough Clinic compte 17 médecins; le groupe du *Medical Centre* comprend 17 membres; la *Scott Clinic* se compose de quatre membres; le groupe des *Anaesthesia Associates* compte cinq membres.

[2]Données de septembre 1962.

[3]Deux sont attachés au *Civic Hospital* et le troisième au *St. Joseph's Hospital*.

[4]Il s'agit de spécialistes qui sont fellows et diplômés du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, de spécialistes ayant un diplôme étranger, ou de spécialistes compétents sans diplôme officiel. Une grande majorité de ces médecins ont des diplômes officiels.

Commentaires

Les problèmes dans ce domaine ne sont pas soulevés par une insuffisance de personnel qualifié, quoique nombre de gens prétendent qu'il est difficile de s'assurer les services d'un omnipraticien. La concurrence est très marquée dans certains domaines et a entraîné quelques désaccords avec le Service de santé. Mais les relations entre les médecins et le Service sont généralement bonnes et la plupart des praticiens semblent approuver les programmes adoptés. Cependant, ils souhaitent que les services de santé personnels ne soient assurés que dans une mesure restreinte.

DENTISTES

La région compte 30 dentistes[1]. L'un d'entre eux est attaché au dispensaire de Peterborough. Les autres sont indépendants. Parmi ces derniers on compte un orthodontiste. Les dentistes forment un groupe solidaire. En 1962, ils ont déployé de grands efforts pour obtenir la fluorisation, mais le plébiscite n'a pas favorisé leur projet. Les dentistes collaborent avec le Service de santé quoique les relations soient plutôt restreintes, car il n'esixte aucun programme dentaire dans les écoles.

AUTRE PERSONNEL PROFESSIONNEL ET TECHNIQUE

Il existe une certaine pénurie d'infirmières inscrites dans les hôpitaux, particulièrement au cours de la saison d'été quand un grand nombre d'entre elles désirent prendre des vacances. Au cours de l'hiver, cette pénurie se fait moins sentir[2]. Une grande partie des infirmières sont mariées. Beaucoup d'entre elles sont diplomées des Écoles d'infirmières du *Civic Hospital* et du *St. Joseph's Hospital.* Quoique Peterborough n'offre aucun cours pour les infirmières auxiliaires inscrites, ces dernières sont en nombre suffisant.

De temps à autre, on constate une pénurie d'autres personnes qualifiées, par exemple les physiothérapeutes, ergothérapeutes, auxiliaires du service social, diététicien(ne)s, technicien(ne)s de laboratoire et de rayons-X, mais ces pénuries sont temporaires. Ce sont des professions où les conditions de vie sont agréables. Il s'agit quelquefois de personnes de formation libérale dont les conjoints travaillent dans l'industrie ou le commerce. Il arrive fréquemment que leurs épouses ou d'autres parents aient une formation dans le domaine de la santé.

HÔPITAUX

Peterborough compte deux hôpitaux: le *Civic Hospital* et le *St. Joseph's Hospital.*

---

[1]Données de septembre 1962.

[2]Il est intéressant de noter que le bureau d'infirmières privées de Peterborough a fermé ses portes en raison d'une demande insuffisante. Ce résultat peut être le fait des services de soins intensifs assurés par les hôpitaux.

Peterborough Civic Hospital

C'est un hôpital général de 380 lits et 52 berceaux[1]. Le taux des lits occupés est en moyenne de 85 p. 100. Le conseil d'administration de cet hôpital municipal se compose de 16 membres, dont 14 sont des représentants élus du conseil municipal ou du conseil du comté, tandis que les deux autres sont le président et le vice-président du personnel médical. L'administrateur de l'hôpital et deux de ses collaborateurs supérieurs sont diplômés de l'École d'hygiène de l'Université de Toronto en administration hospitalière. Un étudiant inscrit à ce dernier cours fait un stage annuel au *Civic Hospital* afin d'y acquérir de l'expérience sur les lieux mêmes. L'hôpital est agréé par la Commission canadienne des normes hospitalières. Le personnel non médical permanent s'élève à 509 et se répartit comme il suit[2]:

infirmières inscrites[3]	144
infirmières auxiliaires inscrites	56
autre personnel infirmier auxiliaire[4]	61
physiothérapeutes	2
ergothérapeute	1
auxiliaires médicaux du service social[5]	2
diététiciens[6]	2
archivistes médicaux[7]	2
techniciens inscrits en radiologie	3
techniciens non inscrits en radiologie	3
techniciens inscrits de laboratoire	4
autres[8]	232

Le personnel médical comprend tous les médecins de la ville et de la région environnante et compte 85 membres actifs et 13 membres associés. Le médecin-hygiéniste est membre de la section de médecine générale du personnel. Il existe des services consultatifs actifs. Nommons, entre autres, le comité d'histologie, le comité des admissions et des congés, le comité des archives médicales, et les groupes de services indépendants. Le personnel médical est bien discipliné et exerce une excellente surveillance générale sur toutes les fonctions hospitalières.

L'hôpital est moderne[9] et ses salles d'opérations, de radiologie, de soins d'urgence et ses laboratoires sont bien aménagés. Les lits sont classés par sections, dont chacune est dirigée par un spécialiste qui est membre du personnel médical.

---

[1]Nombre de lits en septembre 1962, Capacité de 380 lits et de 52 berceaux, établie en 1962.

[2]Données de février 1963.

[3]Huit attachées à l'école d'infirmières.

[4]Infirmières auxiliaires non inscrites, aides-infirmières et préposées aux salles.

[5]Ne sont pas des diplômés universitaires en service social.

[6]Diététiciens diplômés.

[7]Inscrits.

[8]Sténographes, commis, employés aux soins du ménage, à la buanderie, au service diététique, aux services techniques, etc.

[9]L'hôpital a été construit en 1949-1950, une nouvelle aile a été inaugurée en 1961. Les plans prévoient les agrandissements qui pourraient s'imposer. Le premier hôpital, inauguré en 1885, a été complètement remplacé.

Ces sections comprennent la médecine générale, la chirurgie, l'obstétrique et la gynécologie, la psychiatrie, la pédiatrie et les maladies chroniques. Il existe aussi une unité de soins intensifs pour les patients gravement malades. On ne pratique aucune chirurgie neurologique ou cardiaque dans cet hôpital et les malades qui ont besoin de traitements orthopédiques compliqués sont eux aussi envoyés à Toronto principalement et également à Kingston dans une certaine mesure. Les malades mentaux qui ont besoin d'un traitement prolongé sont dirigés vers les hôpitaux de Kingston et de Whitby, car le *Civic Hospital* ne donne que des traitements psychiatriques de brève durée. Les malades souffrant de tuberculose active sont envoyés aux sanatoriums de Weston (Toronto) et de Kingston[1].

Dans les cas de cancer, le *Civic Hospital* pose le diagnostic et opère, mais les malades qui ont besoin de radiothérapie sont envoyés au *Princess Margaret Hospital* de Toronto. Des médecins attachés au *Princess Margaret Hospital* tiennent des consultations deux fois par mois à l'intention des malades qui ont été traités à cet hôpital. Ces médecins ne font pas le diagnostic des cas qui leur sont soumis. Les rendez-vous sont pris par le bureau d'admission du *Civic Hospital* qui met à la disposition de ces consultations les infirmières et les salles nécessaires. Des membres de la succursale locale de la Société canadienne du cancer[2] collaborent bénévolement au bon fonctionnement de ces consultations. Environ de 30 à 40 personnes se rendent à chacune des consultations.

Deux médecins biologistes dirigent le laboratoire bien aménagé. Ces spécialistes exercent aussi leur profession au profit des médecins qui soignent des malades non hospitalisés. Il arrive que ce laboratoire fasse double emploi avec que ce laboratoire du ministère de la Santé de l'Ontario à Peterborough[3]. Les médecins biologistes ont exprimé un peu d'inquiétude au sujet du fait qu'ils sont obligés de faire payer vertains services alors que le laboratoire du Ministère assure ces services gratuitement.

Les appareils et les salles de radiographie sont modernes et sous la surveillance de radiologistes attachés au personnel médical. Les relations qui existent entre ce service et le Service de santé local ont été décrites antérieurement. Tous les employés subissent annuellement un examen radiographique des poumons[4]. L'hôpital compte un service d'archives médicales dirigé par un bibliothécaire qualifié. La cuisine et les salles à manger modernes sont sous la surveillance d'une personne diplômée de l'Université en économie domestique. L'hôpital a aussi un service social[5] et un centre de traitement contre les empoisonnements.

Le service de physiothérapie et d'ergothérapie est bien aménagé et son personnel comprend deux physiothérapeutes et un ergothérapeute à temps complet. Leur

---

[1]Voir pp. 223–224 , pour les relations qui existent avec les services antituberculeux du Service de santé municipal.

[2]Voir pp. 268–269.

[3]Voir pp. 246–247.

[4]Voir pp. 223–224.

[5]Lors de notre visite, la directrice de ce service avait une maîtrise en service social. Par la suite, elle a donné sa démission, et en février 1963, deux travailleurs sociaux sans diplôme universitaire administraient ce service.

travail est surveillé par un chirurgien qui est tenu de superviser les programmes recommandés par les médecins. La physiothérapie est surtout réservée à des cas médicaux, chirurgicaux ou chroniques et elle est parfois recommandée pour certains cas d'obstétrique. L'ergothérapie est principalement préconisée pour les cas de psychiatrie et pour les maladies chroniques. Les malades externes ne peuvent recourir au service de physiothérapie à l'exception des maladies sortants qui ont encore besoin de traitement. Les malades externes qui ont besoin de physiothérapie doivent recourir aux services de l'un ou l'autre des deux physiothérapeutes indépendants ou au physiothérapeute de la Société contre l'arthrite et le rhumatisme qui visite la région périodiquement[1]. La piscine *Y.M.C.A.* est aussi disponible dans une mesure restreinte pour des soins de physiothérapie. L'hôpital serait désireux d'étendre ces services à plus de patients hospitalisés et externes mais il est incapable de le faire présentement en raison de son manque de personnel. On étudie actuellement la possibilité d'établir un centre régional de rééducation qui serait rattaché à l'hôpital.

L'hôpital compte un service de psychiatrie de 26 lits pour les cas de courte durée et qui, du point de vue administratif est entièrement indépendant du dispensaire d'hygiène mentale[2]. Le directeur de ce service psychiatrique est engagé à mi-temps et son traitement est payé grâce à une subvention fédérale à la Santé. Il s'occupe de sa pratique privée le reste du temps. Le personnel comprend aussi un psychologue, deux travailleurs sociaux[3] et des infirmières. Beaucoup de cas de la section des malades hospitalisés attendent leur tour et il semble indispensable de s'adjoindre un psychiatre à temps complet. Les autres membres du personnel sont en nombre suffisant à condition qu'on établisse des rapports plus étroits avec le dispensaire. Les malades n'ont pas à payer ces services psychiatriques et tous les soins y sont assurés par le personnel. Des malades mentaux qui reçoivent des soins privés sont aussi admis à l'hôpital. Ils sont sous les soins de l'un des psychiatres à temps partiel ou d'un spécialiste diplômé en médecine interne qui possède une formation poussée en psychiatrie.

L'hôpital dirige une école d'infirmières d'environ 110 étudiantes qui suivent un cours de trois ans. Trente à trente-cinq étudiantes reçoivent leur diplôme chaque année. Ces infirmières forment une importante partie du service de l'hôpital. L'école d'infirmières est affiliée au *Hospital for Sick Children* de Toronto et à l'*Ontario Hospital* de Whitby et les étudiantes font des stages dans les services de pédiatrie et de psychiatrie de ces hôpitaux. Il existe un service de santé pour les étudiantes-infirmières sous la direction d'une infirmière.

L'hôpital offre un cours approuvé pour les techniciens de laboratoire inscrits. Environ trois techniciens y reçoivent leur diplôme chaque année. Le médecin biologiste en chef de l'hôpital dirige ce cours. L'hôpital voudrait offrir un cours semblable aux futurs techniciens en radiologie, ce qui permettrait à l'hôpital de se procurer de bons techniciens.

---

[1]Voir p. 259.

[2]Voir pp. 244–245.

[3]Ils n'ont pas de diplôme universitaire.

Les relations avec le Service de santé municipal sont cordiales mais restreintes. Les futures mères qui suivent les cours prénatals du Service de santé visitent l'étage du service d'obstétrique, car cela fait partie du programme de ces cours. Le personnel hospitalier a reçu le vaccin Sabin. L'hôpital consulte au besoin le Service sur la manipulation des aliments et les questions de contamination qui pourraient s'y rapporter. Les infirmières-hygiénistes ne visitent pas les cas d'obstétrique ou les autres malades hospitalisés[1].

Il y a toujours trois ou quatre malades, en moyenne, qui attendent simultanément leur admission dans l'aile des malades chroniques. On éprouve certaine difficulté à obtenir du personnel infirmier et auxiliaire pour le service des malades chroniques au cours des vacances d'été.

Il est quelque peu difficile de trouver des internes. La principale cause de cette pénurie est que le nombre des internes canadiens est insuffisant pour satisfaire aux besoins des hôpitaux. Si ce n'était des médecins d'outre-mer qui font de l'internat avant de passer les examens du Conseil médical du Canada, il n'y aurait pas d'internes disponibles à toutes fins pratiques.

Le personnel médical croit qu'un programme de soins à domicile institué pour les deux hôpitaux contribuerait à alléger les demandes d'hospitalisation à condition que l'on puisse conclure des ententes financières quelconques. Les malades auraient recours à ces services s'ils ne comportaient pas d'obligation financière. Sans cette certitude, les patients continueront à réclamer leur admission à l'hôpital et insisteront pour y demeurer.

St. Joseph's Hospital

C'est un hôpital général public qui est la propriété des religieuses catholiques de Saint-Joseph de Peterborough, qui l'administrent. La Direction comprend la Mère Supérieure assistée d'un conseil. L'hôpital est dirigé en fait par un administrateur et un haut personnel. L'administrateur a suivi un cours en administration hospitalière que donne l'Association des hôpitaux canadiens. L'hôpital est agréé par la Commission canadienne des normes hospitalières. Cet hôpital compte aussi un conseil consultatif composé de laïcs qui conseillent la Direction sur les questions financières et d'affaires. Le conseil consultatif comprend 16 membres qui sont des représentants des Conseils de la ville et du comté, des avocats, des banquiers, et autres hommes d'affaires de la région.

L'hôpital compte 167 lits et 30 berceaux[2]. On est en train de terminer une nouvelle aile qui portera le nombre des lits à 240 et celui des berceaux à 41.

Le personnel permanent, médecins exclus, comprend 320 employés compris dans les catégories suivantes[3]:

infirmières inscrites	75
infirmières auxiliaires inscrites	30

[1]Voir p. 229.

[2]Taux des lits occupés en 1962.

[3]Données de février 1963.

autre personnel infirmier auxiliaire	50
physiothérapeute	1
techniciens de laboratoire[1]	6
techniciens en radiologie[1]	5
autres[2]	149
archivistes médicaux[3]	2
diététiciens[4]	2

Le personnel médical comprend tous les médecins de la ville et de la région environnante.

Le médecin-hygiéniste est membre de la section de médecine générale et du Comité de prévention des maladies infectieuses du personnel. Il existe une organisation du personnel et plusieurs comités du personnel très actifs. Ce sont les comités des services en particulier, le Comité consultatif médical et chirurgical, le Comité des admissions et des congés, le Comité de prévention des maladies infectieuses, le Comité d'histologie, le Comité des soins infirmiers, le Comité conjoint des conférences, l'Organisation des mesures d'urgence, le Comité de pharmacie, et le Comité des archives médicales et celui des coups et blessures.

L'aile nord de l'hôpital a été construite en 1889 et sera remplacée par la nouvelle construction qui sera bientôt terminée. Il existe aussi une section plus récente construite en 1950. L'hôpital comporte des salles d'opération, d'urgence, de radiologie, un laboratoire et une salle de physiothérapie bien aménagés. Ces services seront installés dans la nouvelle aile. Les lits sont classés par sections: médecine générale, chirurgie, obstétrique et gynécologie, pédiatrie et maladies contagieuses. Chaque section est dirigée par un spécialiste qui est membre du personnel médical. Comme dans le cas du *Civic Hospital,* les malades qui ont besoin d'interventions chirurgicales complexes, les tuberculeux, les cancéreux qui exigent des traitements de radiothérapie et les malades qui demandent des soins psychiatriques prolongés sont envoyés à d'autres institutions. Les consultations bi-mensuelles pour les radiographies pulmonaires tenues conjointement par le ministère de la Santé de l'Ontario et le Service de santé municipal ont été antérieurement mentionnées[5].

Le laboratoire est bien équipé, mais comporte cependant moins d'installations que celui du *Civic Hospital.* Il est sous la surveillance d'un médecin-biologiste qui est membre du personnel médical[6]. L'hôpital compte un physiothérapeute à temps complet, qui est sous la surveillance de l'un des membres du personnel médical. Le service de radiologie moderne est sous la surveillance d'un radiologue qui est membre du personnel. Les relations qui existent entre cette section et le Service de santé municipal ont été précédemment décrites[7].

---

[1]Ils ne sont pas tous inscrits.

[2]Personnel préposé aux soins du ménage, à la buanderie, à la diététique et à l'entretien.

[3]Inscrits.

[4]Diplômés.

[5]Voir pp. 223–224.

[6]Le laboratoire sera bientôt installé dans la nouvelle aile et son agencement sera très perfectionné.

[7]Voir pp. 223–224.

L'école d'infirmières de l'hôpital compte 99 élèves qui suivent un cours de trois ans et dont environ 30 reçoivent un diplôme chaque année. Grâce à des ententes d'affiliation, les élèves font des stages en pédiatrie au *Hospital for Sick Children* de Toronto et en psychiatrie à *l'Ontario Hospital* de Kingston.

L'hôpital offre un cours approuvé de techniciens de laboratoire inscrits qui est dirigé par le médecin biologiste du personnel médical. L'hôpital donne aussi un cours, dirigé par le personnel de radiologie, à l'intention des techniciens en radiologie inscrits. Les inscriptions pour le cours de technicien en radiologie sont nombreuses mais il y a très peu de demandes pour le cours de technicien de laboratoire.

L'hôpital entretient des relations cordiales mais restreintes avec le Service de santé municipal. Les infirmières-hygiénistes ne font plus de visites courantes aux nouvelles mères, quoique l'administration de l'hôpital aimerait avoir ce genre de service[1]. L'administrateur a déclaré qu'il faudrait, de la part du Service de santé, une meilleure compréhension de la façon dont son personnel pourrait seconder l'hôpital.

Un nouveau foyer pour les vieillards, le Marycrest, est adjacent à l'hôpital et dirigé par le même ordre religieux[2]. Cependant, les malades chroniques, alités et d'âge avancé, soulèvent un problème. L'hôpital trouve difficilement assez de place pour loger ces malades chroniques et le nombre de maisons de santé qui reçoivent ces malades est insuffisant. Le problème est d'autant plus complexe que le ministère du Bien-être paie le coût de séjour dans les maisons de santé des indigents seulement. Tous les autres doivent payer eux-mêmes les soins des maisons de santé et les soins spéciaux.

On est d'avis qu'un programme de soins à domicile ne résoudrait pas entièrement le problème puisqu'il s'agit surtout de malades chroniques qui ont besoin de recevoir des soins dans un hôpital ou une maison de santé.

DISPENSAIRE D'HYGIÈNE MENTALE DE PETERBOROUGH

Le dispensaire d'hygiène mentale, inauguré en juin 1963, a été financé à l'origine par le programme fédéral de subventions à la santé. Il occupe le local d'abord prévu pour un dispensaire pour malades externes dans le Peterborough *Civic Hospital*. Ce dispensaire est sous la direction de la division de l'hygiène mentale du ministère de la santé de l'Ontario qui fournit le personnel, les médicaments et le matériel. De son côté, l'hôpital loge et entretient ce dispensaire gratuitement. Les malades y sont traités gratuitement. Le personnel[3] comprend le directeur[4] et un autre psychiatre à temps partiel[5], deux psychologues, un travail-

---

[1]Voir p. 229.

[2]Voir p. 254.

[3]Données du mois d'août 1962. En février 1963, l'un des psychologues et le travailleur social spécialisé en psychiatrie avaient quitté leur poste.

[4]De 1953 à 1958, le dispensaire comptait un seul psychiatre et le nombre des cas traités était forcément réduit.

[5]Il consacre le reste de son temps à sa clientèle privée.

leur social spécialisé en psychiatrie, une infirmière-hygiéniste attachée au service social, et des employés de bureau. Une gamme étendue de services diagnostiques et de traitement pour malades externes sont assurés à 150,000 personnes du comté environnant, du comté de Victoria et au comté de Haliburton, et aux sections nord des comtés de Durham et de Hastings. Des dispensaires à Cobourg et Belleville desservent les sections sud de ces derniers comtés. L'*Ontario Hospital* de Whitby compte aussi un dispensaire.

Ce dispensaire reçoit uniquement les cas qui lui sont soumis par un médecin, des organisations reconnues, telles que la Société d'aide aux enfants, les tribunaux, et le Service de santé municipal. Environ 75 p. 100 des cas soumis proviennent de la ville[1]. Le reste des cas provient de régions en dehors de la ville. En 1962, le nombre total des cas comprenait 169 malades qui avaient commencé à être traités au cours de 1961, 265 nouveaux malades et 81 récidives. La liste des malades en traitement n'est jamais inférieure à 175 cas. Le dispensaire, quand le traitement du malade est terminé, renvoie le cas au médecin ou à l'organisme qui lui à confié le patient. Quand le malade a un médecin de famille, le dispensaire envoie des rapports à ce dernier pour le tenir au courant du traitement de son client, sans égard au fait que ce soit lui ou une autre personne qui leur ait soumis le cas.

Jusque vers 1959, environ un tiers des cas étaient des enfants de moins de 16 ans. Depuis lors, la conjoncture s'est modifiée au point que présentement, environ la moitié des cas soumis sont des enfants. Le directeur estime qu'on doit consacrer de trois à cinq fois plus de temps et de personnel au traitement d'un enfant qu'à celui d'un adulte. Dans presque tous les cas où un enfant est en cause, le thérapie exige des entrevues avec les parents, les instituteurs, les autres membres de la famille, etc. Ce fait augmente encore le travail qui incombe au personnel existant et crée un besoin pour du personnel supplémentaire particulièrement dans le domaine des travailleurs sociaux spécialisés en psychiatrie. On croit que le personnel additionnel retenu en août 1962 suffira au nombre de cas traités au dispensaire[2] mais on éprouve des difficultés à maintenir le personnel à ce niveau.

Le dispensaire entretient d'excellentes relations avec le Service de santé municipal. Les infirmières-hygiénistes suivent certains des malades qui ont obtenu leur congé du dispensaire et du *Ontario Hospital*. Le dispensaire collabore aussi étroitement avec la Commission scolaire de Peterborough. Il donne des conférences sur les cas au moins une fois par année dans chaque école et participe à des réunions mensuelles avec les membres de la Commission scolaire[3].

---

[1]En 1961, on estimait qu'un peu plus de 80 p. 100 des cas étaient soumis par les médecins, de 3 à 4 p. 100 par le Service de santé, tandis que les autres cas étaient recommandés par diverses autres sources.

[2]Par ailleurs, on croit que le service psychiatrique pour les malades hospitalisés a besoin de personnel supplémentaire. Voir p. 241.

[3]Voir p. 232.

Commentaires généraux sur l'hygiène mentale

Il existe un certain nombre de problèmes. Par exemple, le dispensaire d'hygiène mentale et le Centre psychiatrique pour malades externes ont une administration distincte. Ces deux services ont chacun leur personnel et cela nuit à la coordination des soins. Les malades du centre psychiatrique admis au dispensaire sont vus par un médecin différent et dans certains cas subissent toute une série de nouveaux examens. En dépit des efforts de coordination, on cite des exemples où les infirmières-hygiénistes attachées aux écoles, au dispensaire et au centre psychiatrique ont chacune leur tour fait subir des examens minutieux aux mêmes enfants. La situation est d'autant plus compliquée que le directeur du dispensaire est chef du personnel psychiatrique de l'hôpital mais ne fait pas partie du personnel du centre psychiatrique assuré aux malades hospitalisés et qu'il n'a pas le privilège de faire admettre les cas privés parmi les malades hospitalisés. Les membres du personnel du centre psychiatrique au service des malades hospitalisés ne font pas de consultations au profit des malades externes. Conséquemment, le système administratif actuel aggrave jusqu'à un certain point la difficulté de trouver un personnel suffisant et d'en obtenir le rendement le plus efficace.

Le fait que le Régime d'assurance-hospitalisation de l'Ontario couvre seulement les frais des malades hospitalisés dans le service psychiatrique crée aussi un problème. Les malades ont pratiquement délaissé, pour cette raison, un centre de soins de jour qui recevait en moyenne de 12 à 15 malades. Présentement, ce centre est fréquenté seulement par un ou deux malades qui paient eux-mêmes le coût de leur traitement. Cette situation a eu pour conséquence de faire réapparaître une liste de malades qui attendent leur admission à l'hôpital. Pourtant, il est reconnu que nombre de cas de psychiatrie dont le traitement est de courte durée peuvent être efficacement suivis dans les centres de soins de jour.

L'Ontario Hospital de Kingston et de Whitby sont à une grande distance de la ville. Le directeur de la clinique croit que Peterborough a besoin d'un hôpital qui peut loger de 60 à 100 malades mentaux qui requièrent des soins prolongés. Selon lui, cet hôpital devrait, de préférence, être étroitement associé au *Civic Hospital* et au dispensaire.

Le traitement des alcooliques et des cas de sénilité présente des problèmes spéciaux. Officiellement, ces malades ne sont pas traités dans le dispensaire de l'hôpital. Certains malades souffrant de sénilité légère sont hospitalisés dans la section des malades chroniques et suivis par des psychiatres.

LABORATOIRE RÉGIONAL DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO[1]

Ce laboratoire dessert la région au nord d'Oshawa et de Trenton, qui comprend les comtés de Peterborough, Victoria, Haliburton, Durham, Northumberland et une partie du comté d'Ontario. Environ 40 p. 100 du travail se rattache à la bactériologie sanitaire, 20 p. 100 à la chimie, et 10 p. 100 à la sérologie. Les médecins, les

---

[1]Ce laboratoire est logé dans le sous-sol de l'Hôtel de Ville de Peterborough.

services et les centres d'hygiène, les laboratoires des hôpitaux et les citoyens, quand il s'agit de s'assurer de la pureté de l'eau, peuvent recourir aux services de ce laboratoire régional.

Ce laboratoire prodigue ses conseils et ses services sur demande, par exemple, si des infections dues au bacille de Welch ou au staphylocoque se déclarent dans un hôpital. Les deux hôpitaux de Peterborough ont des laboratoires dirigés par des médecins biologistes qui font presque toutes les analyses requises pour les malades hospitalisés. Cependant, les tests de tuberculose, la bactériologie entérique, la mycologie et certains travaux chimiques spéciaux sont confiés au laboratoire régional.

Un chimiste-bactériologiste diplômé dirige se laboratoire dont le personnel se compose de techniciens de laboratoire qualifiés. Les relations de ce laboratoire avec le Service de santé municipal et les hôpitaux de la ville sont généralement bonnes. Toutefois, certains hôpitaux de l'extérieur de la ville posent des problèmes parce que le personnel de leurs laboratoires ne possède pas une formation suffisante et que leur aménagement est inadéquat.

Quelques petits hôpitaux offrent des cours de techniciens de laboratoire. Le directeur du laboratoire régional a déclaré que les normes en sont variables et qu'il est souvent impossible de retenir les services d'un personnel enseignant qualifié. On suggère que tous les cours de formation et de recyclage[1] soient sous les auspices du ministère de la Santé de l'Ontario. On propose aussi que les laboratoires d'hôpitaux qui sont sans surveillance médicale qualifiée soient régulièrement visités par le personnel du laboratoire régional aux fins de surveillance.

On a aussi fait des suggestions relatives à la prévention des infections dans les hôpitaux. Entre autres, la culture microbienne des selles des préposés à la préparation des aliments pour dépister les porteurs des salmonella, les prélèvements faits dans la gorge du personnel des salles d'obstétrique et d'opérations pour dépister les porteurs de souches staphylococciques et streptococciques hémolytiques, la sérologie et la syphilis pour tous les malades admis, comme c'est le cas pour la radiographie pulmonaire. On remarque que les laboratoires qui dépendent des hôpitaux et qui sont surveillés par les médecins biologistes de ces institutions sont très utiles dans les régions difficilement desservies par les laboratoires régionaux. On ajoute que ces laboratoires, en raison de leurs fonctions, ne s'intéressent guère à la bactériologie sanitaire. Finalement, on demande l'établissement des relations au niveau local entre les hôpitaux et les services d'hygiène. Elles permettraient aux inspecteurs sanitaires d'exercer une surveillance constante sur les cuisines, les réfrigérateurs, la préparation des aliments, et sur la numération bactériologique de l'air dans les hôpitaux. Présentement, les inspecteurs sanitaires poursuivent ces examens à la demande des hôpitaux seulement. La liaison proposée contribuerait à réduire les épidémies d'infections staphylococciques et autres dans les hôpitaux et favoriserait leur contrôle quand elles se déclarent.

---

[1]Voir chapitre II, p. 53, pour détails touchant les cours et les titres et qualités des techniciens des laboratoires médicaux.

PROGRAMMES OFFICIELS DE BIEN-ÊTRE

Bureau régional, ministère du Bien-être de l'Ontario

Le bureau régional de Peterborough et ses succursales en d'autres endroits desservent les comtés de Peterborough, Durham, Victoria, Haliburton et Ontario. Le personnel reçoit les demandes et administre directement les allocations de diverses catégories accordées conjointement par le gouvernement fédéral et la Province[1], et celles qui sont accordées par la Province seulement[2]. Cette administration fournit l'occasion d'étudier le cas des gens et des familles assistés et de leur prodiguer avis et conseils, tout en les aidant financièrement et autrement. Le bureau surveille également, de façon générale, l'administration de l'assistance sociale dont s'acquittent les municipalités de la région. En plus des demandes directes d'assistance, le bureau reçoit les personnes nécessiteuses que lui adressent le service de bien-être municipal, les organismes sociaux, le service de santé municipal, les clubs philanthropiques et autres organismes. Étant donné le nombre important de cas[3], l'assistance individuelle en profondeur n'est pratiquement pas possible.

L'un des problèmes auxquels le personnel doit faire face est celui d'apporter du secours financier ou matériel en cas d'urgence, par exemple lorsqu'un chèque de pension est volé ou perdu, ou lorsque le bénéficiaire d'une pension devient malade. La plupart des gens réussissent à adapter leur train de vie au montant de leur pension, mais il ne leur reste pas de quoi accumuler une réserve pour les cas d'urgence. Le personnel ne dispose pas d'une caisse d'urgence et doit demander l'assistance de groupements religieux et des clubs philanthropiques. L'achat de médicaments présente un programme particulier à ceux qui touchent des pensions puisque, à cet égard, la municipalité n'aide que les bénéficiaires de l'assistance sociale générale.

Il est parfois difficile de trouver un médecin qui accepte la carte du Régime de bien-être médical de l'Ontario et, par conséquent, consente à donner au titulaire d'une pension des soins médicaux d'ordre général. Les interventions chirurgicales pour ces personnes doivent faire l'objet d'une entente, dans chaque cas, avec des chirurgiens qui consentent à donner leurs soins gratuitement. Les soins dentaires et les dentiers posent également un problème; on doit alors consulter les dentistes qui acceptent d'effectuer le travail gratuitement, ou bien demander l'aide financière de clubs philanthropiques. Les enfants de moins de 16 ans dont la mère touche l'allocation versée aux mères nécessiteuses et aux enfants à leur charge, reçoivent une carte dentaire qui leur donne droit à des soins dentaires payés par la Province a des taux fixes. Il a été parfois difficile de trouver des dentistes qui acceptent ces cartes, car les honoraires payés sont inférieurs aux taux habituels.

---

[1] Assistance-vieillesse, allocations aux invalides et allocations aux aveugles.

[2] Allocations aux mères nécessiteuses et aux enfants à leur charge.

[3] La personne interrogée devait, à ce monent-là, s'occuper de 436 cas ordinaires. Le personnel compte deux autres travailleurs sociaux.

Il y a d'autres besoins que l'on constate de temps à autre; ils concernent l'emploi, le logement et les services d'aides familiales pour les gens d'âge mûr et les vieillards. La ville n'a pas encore décidé de mettre en application la législation provinciale relative au partage des frais pour les soins infirmiers à domicile et les services d'aides familiales, dans le cas des familles à faible revenu.

Service de bien-être de la ville de Peterborough

L'Administrateur du bien-être et son personnel de quatre travailleurs sociaux suivent les dispositions de la Loi sur l'assistance social générale, qui assure une aide financière aux personnes dont les revenus sont inférieurs, pour une raison ou une autre, à une moyenne déterminée[1], et qui habitent Peterborough depuis au moins un an[2]. Les montants accordés sont proportionnels au nombre de membres de la famille et aux circonstances; ils sont fixés à la suite d'une enquête menée par le personnel, et ils correspondent aux montants de base maximums au paiement desquels la province contribue[3]. Tous les bénéfiaires de l'assistance reçoivent une carte du Régime de bien-être médical de l'Ontario qui leur donne droit à des services médicaux, et le Service de bien-être social fournit, en plus, les médicaments essentiels prescrits par un médecin. Les frais de l'assistance publique et des suppléments allant jusqu'à $20 par mois, dans certains cas particuliers et à la discrétion du service du Bien-être, se partagent ainsi: la municipalité en assume 20 p. 100 et les échelons supérieurs du gouvernement en assument 80 p. 100.

Les frais réels d'hospitalisation pour ceux qui sont provisoirement dans l'indigence sont assumés par la municipalité, au taux statutaire de $7.45 par jour, et la Commission des services hospitaliers de l'Ontario paie le reste. On considère qu'environ 65 à 70 p. 100 de ceux qui bénéficient de cette assistance sont des personnes qui sont dans l'indigence la moitié du temps; la municipalité préfère payer leurs cotisations d'assurance-hospitalisation plutôt que les frais que ces gens pourraient encourir s'ils n'étaient pas assurés.

On vérifie régulièrement la liste des personnes et des familles qui bénéficient de l'assistance sociale. Celles qui ne sont pas employées mais pourraient l'être, doivent s'inscrire au bureau local du Service national de placement et se présenter au moins toutes les deux semaines, afin de vérifier s'il n'y aurait pas un emploi qui leur conviendrait. L'une des difficultés résulte du fait que nombre de ces personnes n'ont que peu d'instruction et ne possèdent aucune formation particulière. Quelques-unes sont aptes à recevoir une

---

[1] Les personnes qui attendent les allocations versées aux mères nécessiteuses et aux enfants à leur charge ou des allocations d'une autre catégorie, et qui ne peuvent travailler pour cause de maladie, c'est-à-dire celles qui ne sont pas employées mais qui pourraient l'être.

[2] Sinon, on les renvoie à la municipalité où elles habitaient auparavant.

[3] Un maximum de $180 plus les médicaments essentiels pour une famille dont le chef a au moins six personnes à sa charge, et $52 par mois pour une personne seule.

formation professionnelle en vertu du programme fédéral-provincial, mais malheureusement, un bon nombre d'autres ne le sont pas, à cause d'une incapacité quelconque, de leur manque d'instruction ou de leur âge.

Le soin des dents constitue un problème puisque, exception faite des enfants de moins de 16 ans qui font l'objet d'allocations versées aux mères nécessiteuses et aux enfants à leur charge, seuls les frais d'extraction urgente sont partagés par la Province. Il est d'autant plus difficile de faire profiter ces personnes de soins préventifs ou correctifs, qu'il n'existe pas de programme dentaire scolaire.

La province peut assumer 80 p. 100 des frais qu'entraînent les examens de la vue, si la ville prend des mesures à cette fin. Le coût des lunettes n'est pas prévu. A l'heure actuelle, la ville accorde une subvention directe aux infirmières de l'Ordre Victoria, afin de défrayer des visites au domicile des malades indigents[1]. La ville ne possède aucun service d'aide familiale. Elle paie la différence entre la contribution de la province et le montant déduit de la pension d'un malade indigent qui a besoin des soins d'une infirmière autorisée à domicile, et cela, jusqu'à concurrence de $5 par jour[2]. L'Administrateur est d'avis que les cinq foyers actuels pour convalescents et malades chroniques ne suffisent pas, et qu'il en faudrait d'autres. Le pavillon réservé aux maladies chroniques au *Civic Hospital* ne répond pas à tous les besoins, puisque la Commission d'assurance-hospitalisation de l'Ontario ne paie plus les frais d'hospitalisation lorsque le traitement à l'hôpital ne peut plus améliorer l'état d'un malade. On transporte les malades dont l'état le permet au foyer municipal pour les vieillards ou dans une maison de convalescence, à mesure qu'il y a des lits disponibles.

La Ville accorde une subvention qui peut aller jusqu'à $2,000 par année à chacune des deux sociétés privées d'ambulance, afin que ces dernières fournissent leurs services aux bénéficiaires d'allocations[3] et de l'assistance sociale générale[4]. On paie les funérailles des indigents, au taux de $175[5].

FOYERS ET INSTALLATIONS DIVERSES POUR LES VIEILLARDS

Le foyer Fairhaven pour les vieillards

Ce foyer occupe un terrain boisé de 17 acres qui domine la rivière Otonabee; inauguré en 1960, il est administré par la Ville. Il avait d'abord

---

[1] $7,400 par année en 1962.

[2] On déduit $59.75 de la pension mensuelle de $65. La province verse un montant supplémentaire de 80 p. 100 jusqu'à concurrence de $100 par mois, et la ville paie le reste jusqu'à concurrence de $5 par jour.

[3] $5 par personne.

[4] $10 par jour et $12 pour un voyage de nuit.

[5] On a signalé que le taux actuel était de $200.

été conçu pour abriter les personnes de 70 ans et plus dont la pension de vieillesse était l'unique ressource financière. Mais aux termes de la Loi provinciale sur les foyers pour vieillards, on y reçoit maintenant les personnes de plus de 60 ans qui ne peuvent assurer leur propre subsistance ni prendre soin d'elles-mêmes, les personnes de plus de 60 ans qui sont atteintes d'une légère sénilité sans être des malades ou des débiles mentaux, les personnes de plus de 60 ans qui doivent être alitées et qui requièrent des soins infirmiers généraux sans avoir besoin de soins hospitaliers complets, et les personnes de moins de 60 ans qui, en raison de circonstances spéciales, ne peuvent être soignées autrement[1]. Ces dernières ne sont admises que moyennant l'approbation du ministre provincial du Bien-être social.

Une personne est admise après en avoir fait la demande par l'intermédiaire du service municipal de Bien-être et avoir été examinée par son médecin de famille et le médecin de Fairhaven. La Province assume 70 p. 100 des frais d'entretien. Les personnes qui ne reçoivent que leur pension de vieillesse ne touchent, tout compte fait, que $9.50 sur les $65 qu'elles reçoivent, le foyer gardant le reste pour payer une partie de leurs frais d'entretien. Les personnes qui reçoivent des allocations payées en partie par la province et en partie par le gouvernement fédéral, comme l'allocation aux invalides, perdent ces allocations à moins qu'elles ne puissent contribuer à leur entretien grâce à d'autres ressources. Dans le premier cas c'est le foyer ou la famille qui doit pourvoir à tout besoin personnel. Les pensionnaires qui ont des ressources financières suffisantes doivent acquitter les frais de leur entretien quotidien, en partie ou en totalité, conformément aux normes établies de temps à autre. Les personnes qui possèdent plus de $1,000 doivent signer l'entente conclue entre la Ville et la *Victoria and Grey Trust Company*, afin que cette dernière société administre leur avoir. Après six mois, on peut exiger de ces personnes qu'elles paient leurs frais d'entretien. En août 1962, environ un tiers des pensionnaires payaient tous leurs frais d'entretien. Les deux tiers environ recevaient des soins en vertu d'autres accords, même si plus de 90 p. 100 de ces personnes versaient un certain montant en vertu de la formule de retenues sur leurs pensions.

Les pensionnaires peuvent être soignés par leur propre médecin ou par le médecin du foyer. Le médecin du foyer visite les malades régulièrement deux fois par semaine, et il vient aussi sur demande. Les visites autorisées par le directeur sont payées par le foyer à un taux fixe. Le Régime de bien-être médical ne couvre plus ses frais. La Province paie une radiographie pulmonaire lors de l'admission, et un examen médical effectué par le médecin du foyer. Elle accorde également une radiographie pulmonaire et un examen chaque année. Le médecin hygiéniste a proposé de remplacer la radiographie pulmonaire annuelle par un examen des crachats. Les malades qui ont besoin d'hospitalisation véritable sont immédiatement envoyés au *Civic Hospital*.

---

[1] Par exemple, de jeunes adultes atteints d'invalidité presque totale et qui ne peuvent être soignés ailleurs.

Les personnes qui deviennent des malades chroniques posent un sérieux problème, à cause de la longue liste d'attente de la section des maladies chroniques de l'hôpital. Le personnel de l'hôpital est d'avis que certains de ces malades pourraient être traités à Fairhaven, tandis que le personnel du foyer fait remarquer que cet établissement ne dispose pas d'un personnel infirmier assez compétent pour soigner d'autres cas que des maladies bénignes ou donner d'autres soins généraux. Par conséquent, le foyer hésite à admettre des personnes qui souffrent de maladies chroniques et qui exigent des soins plus complets. C'est pourquoi certains malades chroniques doivent être envoyés dans des foyers spéciaux. Dans ces établissements, le ministère provincial du Bien-être social paie jusqu'à $5 par jour pour le soin de ceux qui bénéficient de l'assistance publique ou qui reçoivent d'autres allocations.

Les indigents qui meurent à l'hôpital sont enterrés en vertu d'une entente conclue entre la ville et les entrepreneurs locaux de pompes funèbres[1]. Ceux qui meurent à Fairhaven sont enterrés en vertu d'une entente conclue entre le foyer et ces mêmes entrepreneurs[2].

Le foyer peut abriter 175 personnes. Au milieu d'août 1962, on y comptait 96 pensionnaires. Il y a donc suffisamment d'espace, mais on considère Fairhaven comme un "asile de pauvres"[3]; y être admis est considéré comme une sorte de flétrissure sociale. Un tel préjugé est de nature à détourner des vieillards financièrement indépendants et qui désirent recevoir des soins, de demander leur admission au foyer. Cependant environ un tiers des pensionnaires subviennent à leurs propres besoins; on peut donc croire que l'opinion publique change petit à petit.

Sur les 96 pensionnaires du foyer, 74 étaient des femmes. La section de 16 lits réservée aux femmes âgées qui exigent des soins spéciaux parce qu'elles sont devenues séniles, était remplie, tandis qu'il n'y avait que deux hommes dans la section similaire de 12 lits réservée aux malades séniles masculins, Dix hommes et 30 femmes devaient toujours garder le lit. Dix hommes et 28 femmes étaient sur pied et libres d'aller et de venir à leur gré[4]. L'âge moyen des pensionnaires est de 78 ans; la plupart ont 80 et plus.

La plupart des chambres sont des chambres pour deux personnes; il y a quelques chambres pour une seule personne et quelques chambres à quatre lits. On peut également recevoir des vieux couples. Sans apporter de meubles encombrants, les pensionnaires peuvent garder des objets personnels, comme des lampes, des tableaux, des plantes, etc. Les balcons sont nombreux et l'on trouve un petit patio par groupe de trois chambres. L'architecture et la décoration du foyer sont

---

[1] $175 par enterrement.

[2] $175 par enterrement.

[3] L'obligation de consentir par écrit à ce qu'on administre leur avoir est l'obstacle qui empêche les gens de présenter leur demande d'admission.

[4] Les autobus de la ville s'arrêtent à la grille d'entrée toutes les vingt minutes, et, à 2 h., 3 h. et 4 h. de l'après-midi, un autobus se rend jusqu'à la porte d'entrée.

de conception moderne, de même que les salles à manger, les buanderies et les salles de toilette.

Les sections réservées aux soins spéciaux comprennent des jardins particuliers entourés d'une clôture, afin d'empêcher les pensionnaires de sortir et de s'égarer. Il y a deux petits salons à chaque étage, où l'on trouve des plantes, des téléviseurs, des cages d'oiseaux, etc. Il y a une belle petite bibliothèque avec des livres, des magazines et des journaux. Des offices religieux sont célébrés dans une jolie chapelle moderne, grâce à une entente avec l'association des ministres du culte de la ville. Parents et amis peuvent visiter les pensionnaires n'importe quand, sauf dans la section des malades alités[1]. Un comptoir où l'on sert des casse-croûte et où l'on vend de menus objets personnels est ouvert pendant deux heures, l'après-midi. Des groupements venant de l'extérieur, comme l'Armée du Salut, divers groupements religieux, des clubs philanthropiques et les dames auxiliaires du foyer visitent régulièrement l'établissement pour causer avec les pensionnaires, rédiger des lettres, faire des amplettes, apporter des divertissements, etc. On projette des films toutes les semaines. Les dames auxiliaires ont organisé un atelier d'artisanat, mais la majorité des personnes qui y travaillent sont des femmes. Les travaux de jardinage et de menuiserie n'ont suscité que peu d'intérêt chez les hommes. Il semble que la plupart des hommes préfèrent s'asseoir, fumer et jouer aux cartes.

A part le directeur, le personnel compte à peu près 50 personnes, y compris quatre infirmières autorisées, 26 aides-infirmières et infirmiers autorisés et des employés préposés à la cuisine et à l'entretien. Il est parfois difficile de recruter et de garder du personnel compétent. Une radiographie pulmonaire et un examen annuels sont obligatoires. Le service municipal de la Santé visite les cuisines et les installations sanitaires régulièrement.

Anson House

Cette belle maison de brique et de pierre se trouve près de Fairhaven, au milieu d'un terrain de 5 acres bien aménagé. Les églises protestantes de Peterborough administrent le foyer Anson depuis plus d'un siècle. Le taux quotidien de séjour est actuellement de $2.46, et la plupart des pensionnaires paient le montant total. En ce qui concerne les quelques pensionnaires qui n'ont que leur pension de vieillesse, on accepte $55 pour la pension et on leur remet $10 pour leurs menues dépenses. Aux termes de la Loi sur les institutions de charité, le gouvernement provincial accorde une subvention pour combler 75 p. 100 de la différence entre $55 et le coût total. Le foyer subvient à ses propres besoins, car il reçoit de généraux legs testamentaires, dont plusieurs proviennent d'anciens pensionnaires.

Aucun pensionnaire ne doit être un malade alité. On dispose de 31 lits, tous dans de jolies chambres pour une seule personne. Au mois de février 1963, les

[1] Tous les jours, de 2 h. à 4 h. de l'après-midi et de 7 h. à 9 h. du soir.

pensionnaires se partagaient ainsi: 11 hommes et 17 femmes. On encourage fortement les pensionnaires à apporter quelques-uns de leurs meubles personnels, afin de créer une ambiance familiale.

Des offices religieux sont célébrés tous les dimanches. Trois ou quatre fois par mois, des groupements religieux, des clubs philanthropiques ou des particuliers offrent des divertissements aux pensionnaires. Ces derniers reçoivent aussi des invitations d'organisations extérieures et chez des particuliers. En été, la direction et les membres auxiliaires organisent des tours d'agrément.

Marycrest

Ouvert en 1959, ce foyer moderne est dirigé par les religieuses de Saint-Joseph de Peterborough. Il a remplacé la vieille Maison de la Providence, qui avait été inauguré en 1890 pour les vieillards et les infirmes du diocèse de Peterborough. Le foyer est voisin de l'hôpital Saint-Joseph que dirige la communauté du même nom[1]. Il comprend 144 lits qui se répartissent ainsi: 18 chambres pour une seule personne, 11 chambres à deux lits, 24 chambres à quatre lits, quatre appartements pour couples mariés, et 12 lits d'infirmerie pour le soin des maladies bénignes. Les pensionnaires peuvent apporter des effets personnels et même quelques meubles. Bien que le foyer soit destiné aux vieillards qui ne sont pas alités, on y garde les personnes qui deviennent obligées de garder le lit, à moins que leur état n'exige qu'on les transporte à l'hôpital.

Au mois de septembre 1962, il y avait au foyer 94 pensionnaires. La majorité des pensionnaires étaient catholiques; on accepte cependant des gens de n'importe quelle réligion. Le foyer est administré selon la Loi ontarienne sur les institutions de charité. Les prix de la pension et de l'entretien sont de $80 par mois dans une chambre à quatre lits, $95 par mois dans une chambre semi-privée et $120 par mois dans une chambre privée. Les personnes qui n'ont que leur pension de vieillesse paient $57 par mois dans une chambre à quatre lits. Aux termes de la Loi sur les institutions de charité, la Province comble 75 p. 100 du déficit, jusqu'à concurrence d'un montant déterminé. Les religieuses doivent assumer le reste du déficit.

L'architecture et la décoration du foyer sont de conception moderne; le foyer possède une jolie chapelle et des salles de séjour bien aménagées où l'on trouve un téléviseur, des radios et des plantes. Les salles de séjour s'ouvrent sur de spacieuses vérandas. La cuisine et la salle à manger sont munies de tous les appareils nécessaires. Le foyer possède un système moderne de ventilation et d'aération. La province a accordé des subventions d'établissement de $2,500 par lit. D'autres fonds, soit pour l'établissement, soit pour l'ameublement et d'appareillage, ont été obtenus grâce à des dons particuliers, à l'aide diocésaine et à l'émission d'obligations par les religieuses.

Outre les 11 religieuses qui assurent la surveillance générale et les soins infirmiers, le personnel comprend 3 aides-infirmières d'expérience et 15 personnes

[1] Voir p. 242.

qui aident à la cuisine et à l'entretien. Le soin apporté à la conception et à la construction de l'immeuble, comme le revêtement de tous les parquets en terrazzo et des murs des salles de toilette en tuiles de céramique, rend l'entretien extrêmement facile.

Kinsmen Garden Court Apartments

En 1960, le Club des Kinsmen de Peterborough a eu l'idée de construire un certain nombre d'appartements pour une ou deux personnes, à l'intention des vieillards à revenu modique, conformément aux règlements de la Société d'hypothèques et de logement du gouvernement canadien. Le premier ensemble, qui comprenait 16 appartements pour deux personnes et 14 appartements pour une seule personne dans des bâtisses à un seul étage, a été inauguré en 1961, et il occupe un emplacement agréable sur un terrain de 12 acres bien aménagé, à proximité du service public d'autobus. La ville a fait don du terrain.

Les fondations des bâtisses sont en ciment et les murs en brique. Les appartements pour deux personnes comprennent une salle de séjour, une petite cuisine moderne, une chambre à coucher et une salle de bain. Les locataires apportent leurs propres meubles. Les appartements ont des parquets de tuile ou de bois dur; ils sont éclairés par de grandes baies vitrées et la peinture des murs est de teinte agréable. Chaque appartement est muni d'un réfrigérateur et d'une cuisinière; les locataires peuvent se servir des lessiveuses et des sécheuses automatiques de l'immeuble; ils ont un service central d'enlèvement des ordures ménagères, et chacun dispose d'un certain espace dans une salle centrale d'entreposage.

Pour habiter de tels appartements, il faut avoir au moins 60 ans, habiter Peterborough depuis au moins un an, et avoir un revenu total qui n'excède pas $147 par mois dans le cas d'une personne seule, et $201 par mois dans le cas d'un couple[1]. On a reçu, dès le début, 90 demandes pour les 30 premiers logements qui devaient être construits pour recevoir un total de 46 locataires[2]. Au mois d'août 1962, environ 50 personnes étaient inscrites sur la liste d'attente. Au cours de la première année d'occupation, un seul appartement est devenu libre. Le *Kinsmen's Club* a approuvé la construction de 20 nouveaux logements.

Les locataires paient un loyer mensuel de $44 par mois pour un appartement simple, et de $55 pour un appartement double. Le loyer défraie les dépenses d'administration, et 10 p. 100 est placé dans un fonds d'entretien. Ce sont des membres du *Kinsmen Club* qui effectue bénévolement les réparations ou qui les font faire. L'un des locataires est logé gratuitement en compensation de son travail de concierge. Les locataires paient leur propre électricité, mais l'administration paie pour l'approvisionnement d'eau et fournit le chauffage au moyen d'un système central. Les gens vivent comme n'importe quels autres locataires et ils sont libres de leurs allées et venues. Aucun autre service comme par exemple les soins d'une infirmière, n'est fourni. Quelques locataires ont leur propre voiture,

---

[1] Quelques locataires doivent compter sur leurs familles pour suppléer à leur pension de vieillesse.

[2] Seize appartements pour deux personnes et 14 appartements simples.

mais la plupart utilisent le service de transport en commun, dont les véhicules passent à une rue de leurs appartements. La plupart ont aménagé de jolis jardins et pelouses devant leurs logements. Il y a des jeux de galets, des bancs et des patios dans un petit parc central. Le service de la poste et de l'enlevement des ordures ménagères sont ceux de la municipalité.

Le *Kinsmen Club* avait recueilli, au moyen d'une souscription, une somme initiale de $30,000, et il a recu du gouvernement provincial une subvention de $15,000. Le reste des $211,000 de capital investi provient d'un prêt hypothécaire, remboursable en 45 ans, de la Société centrale d'hypothèques et de logement. Le Club a confié le soin de toutes les questions administratives à un comité spécial, formé de quelques-uns de ses membres. En vertu d'une entente préalable, la ville a établi un taux fixe d'impôt. Voilà un centre domiciliaire qui est décidément très joli et très utile. Les appartements que nous avons visités étaient agréables et confortables, et les locataires semblaient ravis de leur installation.

En 1962, ce projet domiciliaire a obtenu le *Canadian Design Award*, et le club a reçu des félicitations officielles du gouverneur général.

Clubs de personnes âgées et centres de loisirs

La première activité dirigé a été la formation d'un *Golden Mile Club* pour les dames âgées, sous l'égide du *Soroptomist Club*, en 1947. Un tel groupement comprend, de facon régulière, environ 70 membres qui peuvent se distraire en bonne compagnie, en se réunissant tous les quinze jours au local de la *Young Women's Christian Association*. A la fin de juin 1962, le club s'est séparé du *Soroptomist Club* pour devenir indépendant.

En 1954, le Conseil local des femmes a organisé le *Senior Citizens Club*, qui recoit des hommes et des femmes. Actuellement, le club compte environ 150 membres qui se réunissent tous les mois.

On s'est vite aperçu qu'un centre permanent ouvert tous les jours était également souhaitable; c'est pourquoi, en 1958, grâce à l'appui de représentants de clubs philanthropiques, du Conseil local des femmes, et de quelques autres citoyens intéressés, la *Senior Citizens Association* de Peterborough a reçu une charte. Son but était de construire un centre de loisir pour personnes âgées. En 1958, on a recueilli une certaine somme d'argent au moyen d'une campagne de souscription. En 1961, une campagne au cours de laquelle on a recueilli les souscriptions de diverses industries et les dons de particuliers, en même temps qu'une campagne intensive de porte en porte, ont permis d'obtenir les capitaux supplémentaires requis. Le centre a été établi dans un édifice remis à neuf et il été inauguré en octobre 1961.

Le centre est ouvert de 10 h. du matin à 10 h. du soir, tous les jours de la semaine et le dimanche après-midi. Les divertissements offerts comprennent l'artisanat, l'art, la musique, le chant choral, ainsi que des jeux, de la lecture, la télévision et des réceptions. On peut aussi y préparer des goûters. Le programme est établi spécialement pour les personnes âgées et les fonds provenant de

l'organisation de thés, de la vente d'objets d'artisanat, de dons particuliers, etc., permettent d'acquitter les frais. Il n'y a pas de cotisation obligatoire de membre. De 450 à 500 personnes par mois fréquentent le centre tous les mois[1]. Si les projets d'agrandissement du centre se réalisent, il est for probable que le *Golden Mile Club* et le *Senior Citizens Club* l'utiliseront pour tenir leurs réunions.

Commentaires généraux

Ceux qui travaillent auprès des personnes âgées, ainsi que des personnes âgées avec lesquelles nous avons causé nous ont signalé de nombreux problèmes et fait des suggestions. On a proposé de former une sorte d'organisme pour diriger les malades vers les spécialistes ou les centres de traitement appropriés et coordonner les services médicaux de bien-être social gouvernementaux et privés. On a jugé qu'il fallait absolument des conseillers pour les questions relatives au budget, au logement, etc. Les personnes interrogées ont également mentionné les visites amicales, les emplettes, les repas chauds et les services d'aide domestique, parmi les besoins des personnes retenues à la maison pour des raisons de santé ou à cause du manque de moyens de transport.

On a aussi besoin d'un plus grand nombre de logements à loyer modique, pour les personnes qui ont un faible revenu. En août 1962, la municipalité a fait une enquête afin de déterminer à quel point un ensemble de logements à bon marché était nécessaire, et ce, non seulement pour les personnes âgées. On se propose de construire ce centre domiciliaire avec l'aide des gouvernements fédéral et provincial, et grâce à des ententes avec la Société centrale d'hypothèques et de logement. Il serait utile de disposer d'un plus grand nombre de foyers semblables à Anson House, où les personnes âgées à revenu modique pourraient avoir leur propre chambre, étant donné que de nombreuses personnes hésitent à entrer à Fairhaven à cause des conditions d'admission actuelles et parce qu'elles devraient partager leur chambre avec un autre pensionnaire.

Le coût des médicaments, des dentiers, des soins dentaires et des lunettes constitue également un problème financier pour les gens âgés au revenu peu élevé. Les *Kinsmen* paient parfois les frais des examens de la vue et de l'achat des lunettes, et les *Soroptomists* fournissent certains médicaments.

AUTRES SERVICES PRIVÉS D'HYGIÈNE ET DE BIEN-ÊTRE SOCIAL

Ordre des infirmières Victoria

Trois infirmières de cette association ont leur bureau au *Civic Hospital* et soignent les malades de la ville seulement. Les services à domicile comprennent les soins infirmiers aux malades alités, l'enseignement de l'hygiène prénatale,

---

[1] Jusqu'à maintemant, les pensionnaires de Fairhaven, de Anson House et de Marycrest, qui ne sont pas alités, n'ont pas tellement utilisé le centre. On espère qu'ils en profiteront davantage à l'avenir.

de même que de l'hygiène postnatale pendant les six semaines qui suivent l'accouchement[1], ainsi que l'enseignement de l'hygiène familiale en général. Les infirmières dirigent les femmes enceintes vers les classes prénatales du service de santé. Tout le travail se fait sous la direction générale d'un médecin et selon ses directives. En août 1962, on s'occupait de 49 cas. Au cours de l'année 1962, un total de 337 cas ont été suivis, ce qui représente 5,233 visites à domicile. De ces visites, 92 p. 100 ont été faites à des adultes, 78.7 p. 100 à des bénéficiaires de la pension de vieillesse, 3 p. 100 à des accouchées, 3 p. 100 à des enfants d'âge scolaire et 0.5 p. 100 à des enfants d'âge préscolaire.

Les malades doivent défrayer ces visites conformément à une échelle de taux proportionnelle à leurs revenus. En 1962, l'Ordre a touché une subvention municipale pour payer les soins donnés aux indigents et aux bénéficiaires de l'assistance publique. Il a également reçu une allocation à même les fonds de la *Peterborough Red Cross and Community Fund Campaign* (1962). Une commission locale est responsable du prélèvement d'une souscription sur place. L'organisation nationale de l'Ordre des infirmières Victoria exerce une certaine surveillance sur ses infirmières.

Un état financier abrégé pour l'année 1962 indique ce qui suit:

Le solde en banque au mois de janvier 1962 était de $490.20.

Recettes

Ville de Peterborough	$ 7,400.00
Fonds de secours	7,800.00
Honoraires des infirmières	5,129.98
Transfert du compte d'épargne	2,000.00
Intérêts	567.55
Membres, dons, divers	92.00
	$22,989.53

Dépenses

Salaires	$14,956.21
Automobiles – dépenses et dépréciation	2,073.23
Fonds de retraite (Ordre de Victoria)	466.17
Loyer, électricité, entretien	240.00
Matériel, fournitures de bureau et autres dépenses d'exploitation	1,775.76
Droits, frais de congrès, siège social du V.O.N., petit voyage annuel	343.94
Transfert du compte d'épargne	2,000.00
	$21,855.31

[1] Après cette période, les familles qui ont besoin de visites, sont dirigés vers le service de santé.

En tenant compte des chèques à payer, le solde en banque à la fin de 1962 était de $644.02.

Parmi les services requis, les infirmières ont souligné la nécessité des services d'aides familiales[1] et de plus de traitements de physiothérapie à domicile pour les malades qui ont subi une attaque de paralysie et pour certains autres malades. Les banlieues en pleine expansion, qui entourent la ville, n'ont pas d'infirmières de l'Ordre de Victoria, bien que la plupart de leurs habitants gagnent leur vie à Peterborough.

En 1962, on a transféré le bureau à l'hôpital, afin d'essayer d'établir un programme d'envoi des malades à l'hôpital et d'assurer une collaboration plus étroite avec les médecins. On espère qu'un plus grand nombre de médecins utiliseront toute la gamme des services disponibles et qu'il en résultera une meilleure continuité dans les soins que recevront les malades à l'hôpital et à leur domicile. Ce déménagement favorise également des relations plus étroites avec le personnel infirmier de l'hôpital.

On a aussi exprimé l'opinion que, étant donné le nombre croissant d'organismes d'hygiène et de service social à Peterborough, il serait utile d'avoir une sorte de registre central des malades adressés à d'autres médecins ou à des hôpitaux par leur médecin de famille.

La Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme

La division ontarienne de la Société a, à Peterborough, un physiothérapeute qui donne des traitements à domicile d'après les directives d'un médecin. Sur demande, le bureau de division accorde des consultations sur le travail social et sur des cas particuliers. Les services sont offerts surtout aux malades arthritiques, mais, si le temps le permet, ils sont aussi donnés à d'autres genres de malades. Les personnes des comtés voisins peuvent bénéficier, dans une certaine mesure, des services de la Société. En vertu d'un accord spécial, certains services sont donnés, moyennant un prix déterminé, à l'extérieur du comté de Peterborough. Une clinique de traitement est tenue une fois par semaine au bureau de l'unité sanitaire de Durham-Northumberland, à Cobourg. On fait quelques visites à domicile à Cobourg et Port Hope. On a enregistré 110 nouveaux cas en 1962. Environ la moitié des demandes venaient de médecins et, les autres, des malades eux-mêmes. Dans le cas de ces derniers, la Société doit d'abord recevoir une demande écrite du médecin de famille avant de donner des traitements. Dans certains cas, les malades ont été suffisamment rééduqués pour pouvoir exécuter un travail facile ou à temps partiel, mais il a été difficile de leur trouver des emplois appropriés. On encourage les malades à participer à un programme hebdomadaire de natation et d'hydrothérapie. Un club philanthropique loue à cette fin la piscine de la *Young Women's Christian Association;* des moniteurs fournissent gratuitement leur temps et un autre club philanthropique s'occupe du transport des malades.

---

[1] Nombreux sont leurs malades qui ne peuvent se payer les services privés d'aides familiales qu'on peut obtenir actuellement.

La Société entretient de bonnes relations avec les hôpitaux, l'Ordre des infirmières Victoria, la Parade des dix sous[1] et l'*Ontario Society for Crippled Children*. Bien qu'ils soient cordiaux, les rapports de la Société avec le ministère de la Santé sont plus restreints.

On a souligné que les cas d'arthrite, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de personnes âgées, ne sont pas signalés assez tôt à la Société pour qu'on puisse obtenir les meilleurs résultats possibles. On a jugé qu'un service limité d'aides familiales suffisait, mais que, par contre, il serait très utile d'avoir de l'aide en vue d'obtenir pour les malades des appareils mécaniques à domicile, comme des sièges de W.C. surélevés, etc. On a jugé qu'on ne pratique pas beaucoup la physiothérapie auprès des malades qui souffrent de maladies chroniques et qui sont dans les hôpitaux et les foyers, en raison de la pénurie de physiothérapeutes à Peterborough. En collaboration avec des médecins locaux, la Société étudie la possibilité d'établir un centre de réadaptation générale à Peterborough. Les malades peuvent être envoyés au *Rheumatic Diseases Unit* de l'Université de Toronto.

Un conseil d'administrateurs qui ne sont pas médecins s'occupe de l'ensemble du travail de la direction, y compris les souscriptions et l'éducation du public.

Un conseil consultatif local de médecins exerce une surveillance générale sur le programme de traitement en vigueur à Peterborough, y compris le travail de formation professionnelle auprès des médecins. Le personnel professionnel des filiales locales est employé et payé par le bureau de la Division de l'Ontario, à même les fonds receuillis par chacune des filiales. Le bureau central paie également les autres dépenses locales. Le bureau central de l'Ontario et les filiales locales, conviennent d'un budget annuel qui comprend les allocations versées au programme de recherche et les frais de l'administration locale. On receuille tous les fonds sur place. A Peterborough, les recettes de 1962 provenaient principalement d'une subvention de $6,200 du *Peterborough Red Cross and Community Fund*, et de petits montants versés sous forme d'honoraires[2] par les malades capables de le faire. Une association féminine locale fournit aux malades des appareils spéciaux et leur accorde une assistance individuelle, et elle aide à combler tout déficit entre les recettes et les dépenses prévues au budget, en organisant des ventes de charité et par d'autres moyens analogues. Toutes les filiales sont représentées au sein du conseil civil provincial et du conseil médical par leurs présidents respectifs.

Ontario Society for Crippled Children

Le bureau régional de Peterborough, composé de deux infirmières[3] et d'une secrétaire, fournit des services orthopédiques aux enfants infirmes, à partir de

---

[1] Fondation de rééducation pour les invalides.

[2] Coût total du traitement à domicile — $5; coût total au centre de traitement — $3.50. On demande aux malades de payer selon leurs moyens.

[3] Les infirmières de district de la Société détiennent des certificats en hygiène publique. Une infirmière doit également avoir au moins deux ans d'expérience en hygiène publique générale et trois mois de formation intensive préalable en soins de réadaptation. En 1962, les frais du bureau régional de Peterborough se répartissaient ainsi: traitements — $13,875; bureau — $1,434; transport et entretien de la voiture — $2,624.

leur naissance jusqu'à 19 ans, dans les comtés de Peterborough, Durham, Northumberland, Haliburton, Ontario et Victoria, sous la direction générale du siège social de la Société, à Toronto[1]. Un malade est rayé des dossiers en cours s'il est guéri et s'il ne souffre plus d'aucune invalidité, lorsqu'il atteint l'âge de 19 ans[2] s'il quitte la province ou s'il déménage sans laisser d'adresse. En 1962, on comptait 919 malades sous surveillance médicale dans le district, dont 243 habitaient le comté de Peterborough. Les infirmières travaillent en étroite collaboration avec les clubs philanthropiques locaux, qui fournissent certains services locaux et organisent les campagnes locales du timbre de Pâques, avec les médecins, les services de santé et d'autres organismes qui s'intéressent au sort des enfants infirmes. Les malades ne peuvent bénéficier des services locaux des clubs philanthropiques, des services d'infirmières et des services provinciaux de la Société que s'ils sont envoyés par un médecin. Les infirmières évaluent les cas par rapport aux services offerts et leur fournissent un service général de postobservation. On ne soigne pas les malades alités. Les clubs philanthropiques locaux fournissent le matériel, comme les appareils, les supports et les chaises roulantes, et elles assument les frais de la physiothérapie, des radiographies, du transport aux centres de rééducation et de traitement, ainsi que des vacances au camp pour les enfants nécessiteux. Parmi les services qu'offre directement le siège social, on peut citer le programme relatif aux infirmières de district, cinq camps de vacances, une réserve centrale de matériel qu'on peut emprunter, la recherche médicale, l'assistance aux centres de rééducation et de traitement qu'utilise la Société à travers toute la province, et des cliniques de diagnostic dans des régions éloignés.

Les revenus proviennent des campagnes locales du timbre de Pâques[3]. Le *Rotary Club* de Peterborough est le club associé pour la ville et la région environnante. Les clubs philanthropiques associés locaux retiennent 50 p. 100 des revenus pour le travail local, et l'autre moitié est envoyée au siège social afin de soutenir les services provinciaux mis à la disposition des enfants infirmes en n'importe quel endroit de l'Ontario.

L'Ontario Crippled Children's Centre de Toronto, qui fournit des services spécialisés de diagnostic et de rééducation a été conçu et construit par la Société grâce aux revenus d'une campagne spéciale, distincte de la campagne du timbre de Pâques. Le centre est cependant administré et financé par son propre conseil d'administration, qui est distinct de celui de l'*Ontario Society for Crippled Children*. Les fonds provenant de la vente des timbres de Pâques constituent un supplément aux ressources du centre.

La Société administre le *Variety Village* à Toronto, où l'on donne une formation professionnelle aux jeunes gens handicapés de 16 à 18 ans. Mais il est financé en partie par le *Variety Club*, qui receuille indépendamment par des souscrip-

---

[1] Les infirmières de district sont surveillées par un directeur des services infirmiers du siège social de Toronto.

[2] Avec la permission des parents, les malades sont alors dirigés vers la *Rehabilitation Foundation for the Disabled*. Voir p. 262.

[3] La campagne des timbres de Pâques de 1962 a rapporté, dans la ville et les environs, la somme de $11,055.49.

tions, les fonds nécessaires à l'administration et à l'entretien, et par des subventions du ministère du Bien-être social de l'Ontario.

Quelques enfants infirmes pourraient profiter d'installations matérielles spéciales dans les écoles; un très petit nombre de ces enfants sont aussi des arriérés mentaux. Le problème, dans une ville comme Peterborough, résulte du fait qu'ils ne sont pas assez nombreux. Il est difficile de déterminer quelles mesures prendre pour la formation scolaire et professionnelle de ces enfants. A l'heure actuelle, on a conclu des ententes avec des établissements scolaires et professionnels réguliers.

La Fondation de réadaptation des invalides (La Parade des dix sous)

La Fondation s'occupe de la réadaptation physique et économique des infirmes qui ont 19 ans et plus. A 19 ans, les malades qui étaient auparavant sous la tutelle de l'*Ontario Society for Crippled Children* sont dirigés vers la Fondation. La ville de Peterborough relève du bureau de district de Toronto, qui s'occupe des comtés de York, Peel, Halton, Haliburton, Simcoe, Victoria, Peterborough, Ontario, Northumberland, Durham, et du district de Muskoka. Des travailleurs sociaux assurent le service dans chacun des bureaux de district, sous la direction de conseillers médicaux bénévoles[1] et des conseils des filiales. Ceux-ci, à leur tour, sont représentés au sein du conseil provincial des directeurs et du Comité consultatif médical.

Tout médecin de famille peut diriger un malade vers la Fondation, si ce dernier a besoin d'une évaluation clinique et de rééducation. Tous les malades envoyés par leur médecin sont conduits à l'une des cliniques de la Fondation, où ils sont évalués et traités par des spécialistes en médecine et en orthopédie. On tient des cliniques au moins une fois par semaine au *Toronto General Hospital*, au *St. Joseph's Hospital* et au *St. Michael's Hospital*. Le *Foundation Psychological Services Centre* de Toronto se charge de faire l'évaluation de la capacité de travail, à son atelier d'évaluation. Il n'existe pas de centre de rééducation de la Fondation à Peterborough, mais on peut utiliser, à l'occasion, les services de médecine et de physiothérapie des deux hôpitaux, si les conseillers médicaux le recommandent. L'atelier le plus rapproché se trouve à Trenton, et il y en a deux à Toronto[2]. La Fondation dirige également l'usine *Operation Reliance Incorporated*, où l'on n'emploie que des ouvriers handicapés, qui font du travail industriel d'atelier sur une base de libre concurrence, et le J.O.B. (*Just One Break*) un service spécial de placement pour ceux qui ont besoin d'une assistance plus grande que celle que les organismes communautaires actuels peuvent offrir, comme la section spéciale de placement des bureaux locaux du Service national de placement. La Fondation travaille aussi en étroite collaboration avec les préposés à

[1] Des conseillers du district de Toronto qui représentent chacun des hôpitaux énumérés dans le deuxième paragraphe, ainsi que l'*Hospital for Sick Children* et le *Lyndhurst Lodge Hospital*, surveillent le travail qui se fait.

[2] Les malades fabriquent des bijoux qui sont mis en vente au détail dans les magasins ordinaires. On ouvrira bientôt un troisième atelier à Toronto.

la réadaptation du ministère du Bien-être social de l'Ontario. Si un malade ne peut payer les frais de traitement et de réadaptation, un travailleur social tente d'obtenir du secours grâce aux programmes d'assistance du gouvernement et des clubs philanthropiques. On ne puisse dans les fonds de la Fondation que lorsque les ressources disponibles sont insuffisantes. On envoie tout l'argent receuilli dans la ville de Peterborough et les environs au Bureau régional, qui distribue tous les fonds. La seule collecte dans la ville de Peterborough est la campagne annuelle de la Parade des dix sous[1]. En 1962, 32 cas relevaient de la Fondation à Peterborough, dont 19 ont reçu une assistance active au cours de l'année.

Peterborough and District Association for Retarded Children

Il s'agit d'un groupement de parents et de citoyens de Peterborough qui fournit une école, la *Trafalgar School,* à l'intention des enfants dont le quotient intellectuel est de 50 ou moins; des professeurs compétents y dispensent un enseignement approprié aux aptitudes des enfants. Quarante-cinq élèves étaient inscrits à l'école en 1962. L'école reçoit les élèves de la ville et des régions avoisinantes. On a également ouvert, en 1961, un atelier protégé pour les jeunes arriérés de plus de 18 ans. En 1962, 18 jeunes gens y travaillaient. Des assemblées d'éducation pour les parents ont lieu tous les mois. On fournit aux élèves les menus objets personnels dont ils ont besoin et ce qui leur est nécessaire au point de vue social. Le programme est administré par un conseil local et par des comités.

Le budget de l'atelier est distinct de ceux de l'école et des autres services. Les fonds proviennent de sources diverses, comme le montrent les bilans sommaires qui suivent:

Bilan sommaire pour 1962

Recettes

Compte courant en banque, le 1er janvier 1962	$ 1,387.93
Subvention provinciale	12,430.10
Peterborough Red Cross and Community Fund	3,629.00
Dons	693.80
Cotisations des membres	133.00
Vente des objets d'artisanat	111.50
Billets d'autobus des élèves	182.50
Autres sources	120.24
Retrait du compte d'épargne	185.01
	$18,873.08

[1] En 1962, $5,733. Les dépenses pour les services de la ville s'élevaient à $6,918. Les frais supplémentaires excédant les revenus ont été couverts au moyen d'une péréquation des revenus et des dépenses de toute la province, effectuée par le bureau provincial.

Déboursés

Salaires et traitements	$12,052.00
Entretien, matériel et fournitures	4,934.08
Paiement partiel, nouvel autobus scolaire	1,262.00
Évaluation annuelle et recherches, *Ontario Association for Retarded Children*	625.00
	18,873.08

Atelier protégé, 1962

Recettes

Solde en banque, le 1er janvier 1962	$ 2,478.92
Peterborough Red Cross and Community Fund	2,500.00
Loyer de la *Canadian General Electric*	972.00
Dons	1,110.48
Profits des entreprises et autres ventes	2,458.75
Frais d'instruction	763.00
Autres	304.92
	$10,588.07

Déboursés

Salaires	$ 4,423.06
Entretien et fournitures	4,240.65
Remboursement de prêt	1,924.36
	$10,588.07

Bureau catholique de service social

Bien qu'il ait été fondé par l'Église catholique et compte deux travailleurs sociaux diplômés dont l'un est prêtre, le Bureau est un organisme d'orientation des familles qui n'a pas de caractère confessionnel, non plus que son conseil d'administration. C'est le seul organisme de la ville qui s'occupe de la famille en général. Les personnes qui y recourent viennent de toutes les classes de la société, et environ la moitié d'entre elles ne sont pas catholique, Les services offerts comprennent les consultations en matière de difficultés conjugales et personnelles, de même que sur les problèmes que posent les enfants et sur d'autres problèmes familiaux, sur la manière d'équilibrer un budget, etc. Le personnel travaille en étroite collaboration avec la clinique d'hygiène mentale, le ministère de la Santé, la Société d'aide à l'enfance, la Société John Howard et le personnel de l'Aile Hutchison pour malades chroniques de l'Hôpital municipal, de même qu'avec les services municipaux de bien-être. Le Bureau ne fournit aucune assistance matérielle et ses services sont gratuits.

Il y a des lacunes qui causent des difficultés constantes, comme le manque relatif de soins précoces pour les alcooliques et les narcomanes dans des établissements spéciaux. Les hôpitaux et la clinique d'hygiène mentale n'acceptent que les cas de *delirium tremens*. Pour pouvoir obtenir une place dans les cliniques du gouvernement ou les cliniques privées de Toronto, il faut attendre trois ou quatre semaines. Il est encore plus difficile d'obtenir des services dans le cas des narcomanes que dans celui des alcooliques.

Le coût des médicaments présente aussi un problème aux malades qui vivent de l'assistance sociale et aux malades à revenu peu élevé. La Croix-Rouge et quelques clubs philanthropiques offrent une certaine aide, mais leurs principes ont tendance à évoluer, à cause de leurs changements de directeurs et de leur caractère bénévole. A l'occasion, le service municipal de bien-être a quelque peu hésité à payer les médicaments.

Les vieillards qui ont besoin d'être traités mais qui refusent de se laisser hospitaliser créent un autre problème, et ce problème préoccupe les infirmières-hygiénistes. A l'heure actuelle, il est difficile à résoudre dans la plupart des municipalités, et l'absence d'un programme coordonné de soins à domicile à Peterborough le rend encore plus aigu.

Les soins dentaires préventifs ou les réparations dentaires, pour les membres des familles qui n'ont qu'un faible revenu ou qui reçoivent des allocations de bien-être social, comportent aussi des problèmes de financement. Le service municipal de bien-être assume les frais d'extraction des dents en cas d'urgence, mais seulement dans le cas des personnes qui vivent de l'assistance publique. Les clubs philanthropiques fournissent une certaine aide, et quelques dentistes offrent leurs services gratuitement ou se contentent d'honoraires moins élevés que d'habitude.

On estime aussi qu'il faudrait plus de services d'orientation prénuptiale à Peterborough. Pour des raisons évidentes, le Bureau, dans ce domaine, travaille surtout en collaboration avec l'Église catholique et d'autres groupements. Le ministère de la Santé a également souligné la nécessité d'un programme de ce genre.

On a affirmé qu'un organisme central d'hygiène publique et de service social chargé de diriger les personnes vers des services spécialisés serait très précieux. Cet organisme pourrait être créé par le ministère de la Santé.

Le revenu total du Bureau, en 1962, provenait du *Peterborough Red Cross and Community Fund*[1]. Les déboursés comprennent les salaires[2], dont ceux du personnel de bureau[3], et les dépenses générales[4].

---

[1] Environ $15,000.

[2] Environ $ 9,250.

[3] Environ $ 3,220.

[4] Environ $ 3,230.

L'Institut national canadien pour les aveugles

Exposé général du programme en Ontario

L'Institut national canadien pour les aveugles est un organisme privé de bienfaisance, financé par des souscriptions publiques et des subventions municipales, provinciales et fédérales. L'Institut offre gratuitement aux aveugles une vaste gamme de services de rééducation, tant pour les particuliers que pour les groupes.

Le rapport écrit d'un oculiste attestant la cécité du candidat détermine l'admissibilité à ces services. Une acuité visuelle de 20/200 pour l'oeil le plus sain, et cela après avoir obtenu le meilleur traitement correctif possible (acuité calculée d'après le test visuel de Snellen), ou une acuité supérieure à 20/200, mais où le champ visuel est d'un diamètre de 20 degrés ou moins: telle est la définition légale de la cécité, et seuls ceux dont l'infirmité visuelle est à ce point prononcée peuvent devenir membres de l'Institut national canadien pour les aveugles.

Les services principaux de l'Institut comprennent: l'orientation destinée à faciliter la rééducation émotive et sociale; l'enseignement aux particuliers et aux groupes (soit au domicile de l'aveugle, soit une classe centrale), portant sur les travaux ménagers, l'artisanat, la dactylographie et le braille; des services de vente centralisés pour l'obtention et la distribution du matériel d'artisanat; l'administration de concessions publiques spéciales; la mise en circulation gratuite de publications et de livres en braille, et cela, port payé, lorsqu'il faut les envoyer par la poste; des emplois dans les cafétérias ou les kiosques de l'Institut ou de diverses entreprises industrielles; des emplois par sous-contrats, à temps partiel ou à plein temps, dans les ateliers protégés; des résidences modernes servant de logement permanent ou temporaire; des conseils aux parents des enfants aveugles d'âge préscolaire; des conseils, en matière d'éducation, aux enfants d'âge scolaire, à leurs parents et à leurs professeurs; des camps d'été et des programmes récréatifs et centres de loisir pour les personnes de tout âge. On a aussi créé un centre de bricolage et d'artisanat au siège social de Toronto, afin de donner la formation et d'enseigner la technique nécessaires aux travaux d'artisanat, et de préparer ceux qui occuperont un poste dans le domaine commercial ou industriel. On y donne également des cours de menuiserie et de travail du métal, de plomberie domestique ordinaire et de réparations en électricité.

L'Institut dirige aussi un programme très actif d'éducation populaire relativement à la protection de la vue, le transport aux centres cliniques et les lunettes, dans la mesure des besoins. La banque d'yeux du Canada, récemment établie en collaboration avec la Société canadienne d'ophtalmologie, prend les mesures nécessaires en vue des interventions chirurgicales pour la greffe de la cornée, et pour garder en réserve les yeux prélevés après le décès de ceux qui ont bien voulu en faire don. Une clinique de la vue faible a été établie en 1957, afin de procurer aux personnes qui y voient encore un peu des lunettes très fortes qui, si possible, permettront de lire.

Les bureaux du siège social national et provincial de l'Institut sont à Toronto. Des secrétaires itinérants et des professeurs à domicile (tous aveugles), qui tra-

vaillent dans les principaux centres, assurent un rayonnement maximum dans les villes et à la campagne. Il y a des bureaux locaux à Barrie, Brantford, Cornwall, Hamilton[1], Kingston[1], London[1], Ottawa[1], Peterborough, Port Arthur[1], St. Catharines[1], Sudbury, Toronto[1] et Windsor[1].

Les personnes qui habitent dans ces différentes régions peuvent bénéficier des services énumérés, mais seulement jusqu'à un certain point, à cause des distances, à moins qu'elles puissent quitter leur domicile soit temporairement, soit de façon définitive. Dès que l'inscription est faite, les représentants locaux rendent visite à chaque personne au moins une fois par année; mais pendant les premiers stades de la cécité et lorsqu'il existe un problème particulier, ils font des visites plus fréquentes. Le personnel du bureau local reçoit l'aide du personnel des services spécialisés du siège social, par exemple le service d'aide à l'enfance et le service de placement. L'Institût a mis sur pied des conseils et comités dans ces régions; les bénévoles locaux aident à maintenir les relations avec les aveugles connus, et dirigent les nouveaux candidats vers l'Institut. Comme la perte de la vue entraîne souvent une perte de revenus et d'autres problèmes d'ordre social, l'Institut est constamment en relations avec d'autres organismes tels que les services de santé, et avec les agents du bien-être social, les associations de bienfaisance et les autorités en matière d'éducation. Il demeure aussi en contact avec les ophtalmologues et les hôpitaux locaux.

Programme du comté de Peterborough

Un bureau de district à Peterborough, dont le personnel comprend un secrétaire et un professeur à domicile, dessert les comtés de Durham, Northumberland, Peterborough, Victoria et Haliburton. Le secrétaire demeure en communication avec les 92 aveugles inscrits de la ville et du comté de Peterborough, nombre qui comprend 6 enfants de 18 ans ou moins. Il leur donne des conseils, leur fournit l'assistance matérielle en cas d'urgence et les aide à se trouver un emploi. Il prend aussi les mesures nécessaires pour que ceux qui y ont droit soient logés pendant qu'ils bénéficient des services d'orientation professionnelle et des autres services de rééducation du centre de Toronto, et puissent avoir recours à la banque d'yeux, recevoir l'enseignement à domicile et profiter de la bibliothèque d'ouvrages en braille et des services des métiers d'artisanat. Ces personnes doivent avoir une vision de 20/200 ou moins, qui aura été déterminée par l'examen d'un ophtalmologue. Le secrétaire s'entend avec un ophtalmologue qui dispensera les services de prévention sous forme d'examens de la vue et les services thérapeutiques, soit aux termes de la législation, soit grâce à des dons d'organismes privés, et qui fournira des lunettes à ceux qui ont de faibles revenus[2].

Il est difficile de trouver un emploi et un logement convenable pour les aveugles. Le secrétaire local estime qu'une résidence à Peterborough serait très utile.

---

[1] Logements disponibles.

[2] A Peterborough, le Kinsmen Club paie les frais des interventions chirurgicales et de l'achat des lunettes (si l'acuité visuelle est inférieure à 20/50) pour ceux qui sont incapables de le faire, lorsque les médecins, le ministère de la Santé et d'autres organismes le recommandent. Environ 15 personnes ont reçu de l'aide en 1962.

Dans les régions rurales qui ne disposent d'aucun service permanent de santé publique et n'ont pas d'infirmières-hygiénistes, il est difficile de découvrir toutes les personnes admissibles à recevoir de l'aide.

Tous les services dispensés sont gratuits. Les revenus obtenus sont envoyés au bureau central de Toronto qui financent les bureaux locaux et les services des diverses régions. Le revenu approximatif de $12,281.86, pour l'année financière se terminant le 31 mars 1962, provenait du *Peterborough Red Cross and Community Fund*[1] et d'une subvention du comté de Peterborough[2]. Les dépenses totales ont atteint environ $15,026.37.

Société canadienne du cancer

Il y a un bureau régional de la division de l'Ontario de la Société canadienne du cancer à Peterborough; ce bureau fournit ses services non seulement à la ville et au comté de Peterborough, mais aussi aux centres des comtés d'Ontario, de Northumberland, de Durham de Victoria et de Haliburton. Il est dirigé par une infirmière diplômée qui agit comme secrétaire administrative à temps plein[3]. Ce bureau constitue un centre de renseignements *(Little Red Door)* pour la région, et la secrétaire administrative aide les divisions bénévoles locales à remplir leurs fonctions. Le personnel du bureau de la division ontarienne, à Toronto, rend visite aux bureaux de district à intervales réguliers, afin de coordonner le travail des districts, des centres, des divisions et des sections de toute la province.

La division bénévole locale de Peterborough fournit une vaste gamme de services aux cancéreux et à leur famille. Ces services comprennent les pansements gratuits de plaies cancéreuses aux malades qui demeurent à la maison, une aide financière aux malades nécessiteux pour leur permettre de se rendre au *Princess Margaret Hospital,* de Toronto ou au centre thérapeutique de Kingston, des démarches pour procurer de l'aide financière aux malades nécessiteux qui doivent être logés pendant qu'ils reçoivent des traitements dans des consultations externes d'autres centres, le paiement des frais pour entretien de la maison du malade[4] pendant un maximum d'un mois, des frais pour les soins infirmiers nécessaires à domicile[5] pendant deux semaines au maximum, de certains médicaments pour les malades nécessiteux, et enfin, des frais de l'examen initial et de la visite faite à n'importe quel malade par les infirmières de l'Ordre de Victoria après que le malade a été inscrit sur les listes de la Société. Ils comprennent aussi des visites amicales aux malades soit à leur domicile, soit dans les hôpitaux locaux. La Société tente également de pourvoir aux besoins personnels des malades et leur remet quelquefois des cadeaux.

---

[1] $11,431.26.

[2] $850.

[3] Elle consacre environ les deux tiers de son temps au Centre du comté de Peterborough et, le reste du temps, elle visite le district. Le Centre de Peterborough comprend les bureaux de Campbellford, d'Hastings, de Havelock, de Lakefield et de Norwood, ainsi que ceux de Peterborough même.

[4] Service fourni jour et nuit, grâce au bureau local du Service national de placement ou à des contacts personnels.

[5] Service fourni jour et nuit.

La Société a contribué à mettre sur pied les consultations post-hospitalières de Peterborough et trouve maintenant des personnes dévouées et des infirmières bénévoles qui aident à leur bon fonctionnement. Nous avons préalablement décrit ces consultations[1]. La Société travaille en collaboration étroite avec les médecins, les infirmières de l'Ordre de Victoria et le *Princess Margaret Hospital*.

Le programme d'éducation populaire de la Société est très important. Cette dernière organise plusieurs réunions publiques avec conférenciers et projection de films, et, lors des expositions locales, tient un kiosque où ses représentants distribuent des brochures et répondent aux questions du public. Elle aide les écoles ordinaires et les écoles d'infirmières à préparer des colloques et des causeries; elle donne des conférences aux clubs philanthropiques, aux communautés religieuses et à d'autres organisations.

Les fonds locaux proviennent surtout d'une campagne spéciale. Les sommes recueillies par les bureaux de district sont envoyées au bureau provincial et remises plus tard aux bureaux locaux, selon leurs besoins. Les bureaux extérieurs sont entretenus et leur personnel est payé directement par la division de l'Ontario. Le bilan de 1962 du centre de Peterborough était le suivant:

Recettes

Campagne de souscription	$21,126.86
Legs et intérêt perçu	17.08
Dons in memoriam	687.05
	21,830.99

Dépenses

Éducation populaire	$ 2,164.55
Services féminins	3,534.57
Frais généraux	714.53
Campagne	957.40
	$ 7,371.05

Société canadienne de la Croix-Rouge

Le bureau de Peterborough est affilié à la division ontarienne de la Société canadienne de la Croix-Rouge et est administré par un conseil et des comités formés de travailleurs bénévoles. Des réunions tenues à intervalles réguliers mettent les représentants du bureau au courant de ce qui se passe dans la Société à l'échelle nationale ou provinciale. Les comités provinciaux aident les bureaux locaux à remplir leurs fonctions et coordonnent les programmes, par exemple celui des services de transfusion de sang, dans toute la province. Les services particuliers offerts par les bureaux locaux varient selon leur organisation et les besoins de la

[1] Voir p. 240.

localité. Tous les bureaux offrent leurs services en cas de sinistre; c'est ainsi qu'ils fournissent la nourriture, le logement, les vêtements et les articles de literie. Ils participent aussi au programme de transfusion de sang et, au besoin, au service international des enquêtes. Les comités administratifs locaux de bénévoles décident des autres programmes locaux à organiser.

Quant au financement, un objectif de souscription est fixé pour chaque bureau local et cet objectif est déterminé d'après les montants dont le bureau aura besoin pour mener à bien les programmes locaux, plus un autre montant pour les budgets national et régional. Une grande part de ce dernier montant est répartie entre tous les centres de la Croix-Rouge canadienne et aide à payer les frais d'ordre technique du programme de transfusion de sang et tous les frais de secours en cas de sinistre. Tous les autres programmes entraînent aussi des frais d'administration et tout bureau local reçoit des sommes proportionnées aux programmes qu'il dirige. Environ un tiers des dépenses sont d'ordre local, un tiers d'ordre provincial et le dernier tiers est réparti également entre les services nationaux et les services internationaux. Lorsqu'un bureau local ne réussit pas à atteindre l'objectif fixé pour la campagne, il garde le montant nécessaire à son budget local et ne remet au bureau national et aux bureaux de district que l'excédent qui, dans certains cas, n'équivaut pas aux deux tiers prévus. On emploie l'argent recueilli pour répondre tout d'abord aux besoins locaux.

Le bureau local de Peterborough a organisé le service des donneurs de sang depuis plus de deux décennies, pour les hôpitaux et la localité. Ce service est maintenant intégré au service provincial. Des cliniques mensuelles sont organisées[1]. Les familles touchées par un sinistre reçoivent de l'aide, c'est-à-dire des vêtements, de la nourriture, des articles de literie et le logement, selon leurs besoins[2], et le bureau local participe au programme sur place de l'Organisation des mesures d'urgence. Ceux qui sont dans un besoin urgent reçoivent des bons pour la nourriture, les vêtements, les chaussures et du combustible[3]. On organise des cours de soins infirmiers à domicile. En février 1963, la Croix-Rouge des jeunes comptait dans les écoles un total de 5,535 membres répartis en 166 filiales. L'argent reçu ne provient que d'offrandes spontanées et il est utilisé en faveur des enfants indigents de la région et d'outre-mer, par le Fonds pour les enfants nécessiteux du pays et de l'étranger[4]. Deux associations de vieillards ont été fondées sous les auspices de la Société[5]. Le programme de sécurité aquatique reçoit aussi un vigoureux appui[6]. Un service de prêt d'équipement pour le soin des malades à domicile est aussi mis à la disposition du public[7].

---

[1] 3,333 dons reçus en 1962.

[2] Neuf familles en 1962.

[3] 433 personnes ont reçu de l'aide en 1962.

[4] En 1962, plus de $1,200 ont été recueillis à des fins diverses.

[5] Voir aussi p. 256.

[6] Cours aux moniteurs: 33; aux chefs: 16; candidats heureux audit examen: 633.

[7] 153 articles prêtés en 1962.

Voici, pour 1962, un exposé sommaire du bilan de la société:

Recettes

Solde au 1er janvier 1962	$ 489.05
Peterborough Red Cross and Community Fund	33,649.00
Dons	516.51
Compte de compensation	194.08
	$ 34,848.64

Déboursés

Programme des donneurs de sang	$ 3,090.19
Secours individuels	3,762.34
Service d'aide aux sinistrés	310.59
Service de prêt d'équipement	391.02
Soins infirmiers à domicile	28.36
Programme de sécurité aquatique	188.20
Entretien, loyer, fournitures	4,314.54
Frais de la campagne	300.00
Compte de compensation	194.08
Total local	$ 12,579.32
Montant remis à la division ontarienne pour les programmes nationaux et internationaux	21,960.00
Total global	$ 34,539.32
Solde au 31 décembre 1962	309.32
	$ 34,848.64

Association antituberculeuse du comté de Peterborough

L'aide financière que l'Association accord en assumant le coût des radiographies pulmonaires de tout genre et en prêtant les services d'un membre bénévole pour les consultations pulmonaires a été décrite dans un chapitre précédent[1]. Des examens à la tuberculine se font dans les écoles de certaines régions rurales, en collaboration avec les médecins-hygiénistes qui travaillent à temps partiel dans ces régions. On accorde aux malades nécessiteux une aide financière pour leur transport au sanatorium et pour leurs besoins personnels. Les membres de l'Association visitent aussi les malades à domicile et s'efforcent de procurer à ceux qui rentrent de l'hôpital toute l'aide dont ils ont besoin. Un bulletin de nouvelles est préparé conjointement par les associations du comté de Victoria et du comté d'Haliburton. Ce bulletin est distribué aux administrateurs municipaux, aux médecins-hygiénistes locaux, à la radio et à la presse, aux infirmières des écoles, aux

[1] Voir pp. 223–224.

membres de l'Association et à ceux qui offrent des souscriptions importantes. Un cours destiné à former des gardiennes d'enfants a été offert en collaboration avec d'autres associations. Parmi les 90 personnes qui l'ont suivi, 70 ont obtenu le diplôme. Des conférences sont données au *Teachers College* de Peterborough et dans d'autres écoles. On s'occupe constamment d'éducation populaire.

L'Association a son propre conseil d'administration dont le médecin-hygiéniste fait partie, et elle est affiliée aux ligues antituberculeuses de l'Ontario et du Canada. Tous les fonds proviennent de la campagne annuelle du Timbre de Noël. On les garde pour les besoins locaux, exception faite du montant versé à la ligue antituberculeuse de l'Ontario. Étant donné les progrès accomplis dans le domaine de la lutte antituberculeuse, l'Association se demande quelle est la meilleure façon de remplir son rôle et d'employer les sommes recueillies. Le cours destiné à former des gardiennes d'enfants représente l'une de ses innovations.

Voici un exposé sommaire du bilan de l'Association pour l'année financière commencée le 1er avril 1961 et terminée le 31 mars 1962:

Recettes

Solde au 31 mars 1961	$16,561.01
Campagne du Timbre de Noël	13,052.25
Intérêt	211.38
Dépôts au compte général	108.82
	$29,933.46

Déboursés

Programmes	$ 2,729.38
Ligue antituberculeuse de l'Ontario	1,550.99
Frais de la compagne du Timbre de Noël	2,908.30
Frais d'administration et dons en capitaux aux hôpitaux	6,370.28
Solde au 31 mars 1962	16,374.51
	$29,933.46

Association ambulancière Saint-Jean

La filiale locale dispose d'un groupe de secouristes bénévoles bien formés et qui se tiennent prêts à donner les premiers soins en cas de besoin, lors des réunions publiques, etc.; elle a aussi organisé un certain nombre de cours de formation. La totalité de ses fonds provient de l'allocation de la campagne du *Peterborough and Red Cross Community Fund*[1], et des montants que lui rapportent les cours qu'elle offre.

---

[1] Pour l'année terminée le 31 octobre 1962: $2,291.20.

Ligue du bien-être

Il s'agit d'une association bénévole formée principalement par les épouses de ceux qui exercent une profession libérale et qui dispose d'une certaine somme d'argent pour aider les familles qui ont des problèmes spéciaux au point de vue santé. Elle travaille en étroite collaboration avec le ministère de la Santé, qui lui adresse souvent des personnes qui ont besoin d'aide.

Services privés d'aides familiales

Il y avait deux associations qui offraient des services privés d'aides familiales à Peterborough, en 1962. La plus importante de ces associations existait depuis dix ans; elle comprend des femmes de 40 à 60 ans qui offrent des services tels que les soins infirmiers pratiques, les travaux domestiques légers et les services de gardiennes d'enfants[1]. Ces travailleuses, dont beaucoup sont veuves, sont minutieusement choisies; la plupart possèdent une formation d'infirmière licenciée, ou ont suivi des cours pratiques de soins infirmiers donnés par la Croix-Rouge ou l'Ambulance Saint-Jean. Ce service est essentiellement réservé aux cas d'urgence et de brève durée, mais dans certains cas, on accepte d'aider pendant de plus longues périodes. Il est difficile de recruter des aides familiales qui acceptent de vivre dans les familles qui les emploient et de fournir leurs services pendant de longues périodes. La directrice de cette association (veuve d'un médecin) estime qu'il serait précieux de pouvoir offrir un cours de formation pratique aux femmes qui désirent faire ce genre de travail. Ce service privé est vivement apprécié de ceux qui y ont recours, et un très grand nombre de familles le réclament. Étant donné qu'il est payé directement par les particuliers; des familles à revenu moyen ou élevé forment la plus grande partie de sa clientèle. Même des familles de Lakefield ou de Port Hope ont quelquefois l'occasion d'y faire appel.

Nous n'avons pas visité la seconde association de service privé, mais nous avons cru comprendre qu'elle comptait une douzaine de travailleuses.

Société d'aide à l'enfance du comté de Peterborough

Les travailleurs sociaux de cette Société veillent à l'application des lois sur le bien-être général de l'enfant, sur les foyers nourriciers, sur l'adoption et sur l'aide aux mères célibataires. En pratique, les services sont loin de se limiter à une fonction législative; ils sont aussi variés que nombreux. Il existe des services de consultation matrimoniale, d'aide aux parents célibataires, d'assistance aux enfants délaissés qui sont dans des foyers nourriciers, d'adoption et de surveillance après l'adoption, et enfin, d'enquêtes générales, lesquelles sont faites à la demande du Tuteur officiel et du directeur des allocations familiales.

---

[1] Coût des services en 1962:
Aide à domicile: 60¢ de l'heure; $5.25 pour une journée de 8 h ; $6 pour 24 h. Soins infirmiers pratiques: $1 de l'heure; $8 pour 8 h.; $12 pour 24 h. Services de gardiennes d'enfants: 50¢ de l'heure.

Environ 100 enfants vivent dans des foyers nourriciers[1], qu'ils soient des pupilles de la Société ou aient été placés dans ces familles avec le consentement de leurs parents. Le paiement de tous les frais d'entretien de ces enfants ainsi que ceux des soins dentaires et médicaux qui leur sont donnés, est garanti par des subventions du gouvernement. Cependant, les parents sont censés payer la totalité ou une partie de ces frais, selon leurs ressources financières. Ces montants constituent à peu près 80 p. 100 du budget; environ 40 p. 100 proviennent de la province et 60 p. 100 des municipalités desservies. Les soins médicaux aux enfants de plus de 3 ans sont dispensés par le médecin du foyer nourricier. On incite, de plus, la population à assister aux conférences sur l'hygiène infantile organisées par le ministère de la Santé. Deux pédiatres de l'endroit donnent des soins aux enfants plus jeunes. Ils donnent aussi gratuitement leur avis sur les enfants qui doivent être adoptés. La Société est heureuse de pouvoir compter sur l'intérêt et le dévouement que ces médecins lui accordent, peu importent les honoraires. Ce sont surtout de jeunes dentistes qui donnent les soins dentaires; certains d'entre eux demandent les honoraires réguliers, tandis que d'autres acceptent une rémunération partielle ou même ne touchent rien. Le personnel de la Société consacre près de la moitié de son temps à s'occuper de ces enfants.

Le reste du temps est consacré aux enfants qui demeurent avec leurs parents et au bénéfice desquels on s'efforce de sauvegarder l'unité familiale. Des dons privés, comme l'allocation du *Peterborough Red Cross and Community Fund*, des legs et l'intérêt des placements, représentent les sources de financement de cette Société, à l'exception de la subvention générale de $5,000 par année accordée par la Province, et qui est consacrée à la rémunération du personnel. Ces fonds représentent environ 20 p. 100 du budget total. Étant donné que la Société s'efforce de laisser, autant que possible, les enfants dans leur famille, la disproportion des revenus par rapport au temps consacré et aux besoins réels crée une certaine préoccupation.

Les soins médicaux et dentaires aux enfants constituent également des problèmes, particulièrement lorsqu'il s'agit de familles qui vivent de l'assistance publique ou de familles à revenu peu élevé. Les services municipaux de bien-être ne paient que les frais des extrations d'urgence et non les soins thérapeutiques ou préventifs à ceux qui vivent de l'assistance publique. Le régime de bien-être médical n'est accessible qu'à ceux qui reçoivent l'assistance publique, ou certaines allocations dont le montant a été déterminé après examen de leurs ressources financières. Ceux qui touchent des revenus faibles ou moyens et qui ne peuvent souscrire aux régimes d'assurance privés ont souvent de la difficulté à obtenir les soins nécessaires. N'était la générosité de certains médecins, dentistes et associations intéressées, comme par exemple les clubs philanthropiques, leur situation serait encore plus pénible.

Parmi les services jugés nécessaires, on compte ceux d'aides familiales payées à un taux raisonnable. Ces services permettraient de sauvegarder l'unité

---

[1] La Société prend constamment les mesures nécessaires pour assurer un nombre suffisant de foyers nourriciers.

familiale en cas de maladie de la mère, que cette dernière soit hospitalisée ou demeure à la maison. Plusieurs enfants sont confiés à la Société à cause du manque d'aides familiales, et parce que les soins hospitaliers sont assumés par le régime d'assurance-hospitalisation de l'Ontario tandis que les soins infirmiers à domicile ne le sont pas, sauf dans le cas des indigents. Sous la pression des circonstances, le malade constate qu'il est préférable de demeurer à l'hôpital.

Le coût des médicaments représente aussi un problème pour les familles dont le revenu, sans être très faible, est cependant modique. Le *Kinsmen Club* fournit une aide aux familles dont le revenu est peu élevé, mais les familles au revenu modique n'ont pas droit à cette assistance.

On a fait remarquer que les lois actuelles, tant provinciales que locales, n'accordent d'aide financière aux citoyens que lorsque ceux-ci ont épuisé toutes les autres ressources. Il n'existe pas de mesures visant à offrir des services préventifs, une assistance individuelle ou des services d'orientation en vue de prévenir l'indigence. Ceci signifie que les associations comme la Société d'aide à l'enfance doivent tenter de combler cette lacune et d'offrir des services d'orientation et une assistance individuelle[1], bien qu'en réalité ces domaines ne soient pas de leur ressort. Certaines des municipalités du comté considèrent les subventions provinciales comme un maximum et n'accordent aucun supplément. Ceci a des répercussions sur la santé publique, dans la mesure où il est nécessaire de se procurer des médicaments, de la nourriture et d'autres choses essentielles.

On a aussi fait remarquer qu'on songe à effectuer une division peu pratique des services. Par exemple, il est bien possible que dans un avenir plus ou moins prochain, les mères célibataires aient à discuter de leur problème avec leur médecin, avec les bureaux municipaux du bien-être social, avec la Société d'aide à l'enfance, avec une maternité, et peut-être même avec d'autres organismes. De même, une famille qui reçoit l'assistance publique devra peut-être consulter plusieurs organismes gouvernementaux et organismes privés pour obtenir des conseils sur la manière d'établir un budget, sur les questions de logement, sur les problèmes matrimoniaux, les problèmes de santé, le bien-être des enfants, etc. On a cru qu'il était bon de diviser un peu les services, mais dans certains cas, ces divisions sont arbitraires et contraires au bon sens. A cet égard, la Société d'aide à l'enfance a pris certaines mesures visant à organiser des rencontres avec les représentants de quelques organismes locaux et avec certaines autorités provinciales, afin d'examiner s'il est possible d'adopter des méthodes plus raisonnables pour aider les personnes qui sont dans le besoin.

Association canadienne pour la santé mentale

La division et le conseil de l'endroit étaient en pleine réorganisation de leurs cadres au moment de notre visite, à l'automne de 1962. La division locale

[1] Par exemple, des conseils sur la façon d'établir un budget.

est affiliée à l'organisme national et à l'organisme provincial. En plus de veiller à l'éducation du public par des publications, des colloques périodiques et des conférences, elle organise, sur demande, des réunions spéciales à l'intention de certains groupes comme, par exemple, les professeurs. Pendant plusieurs années, la Société locale a fourni, chaque mois, un service d'autobus aux familles et aux visiteurs bénévoles qui voulaient se rendre à *l'Ontario Hospital* de Kingston. Ce service aux familles va être aboli. Au lieu de cela, on pourra faire des visites aux foyers pour vieillards. Le bureau local a signalé qu'il y a des besoins dont il faut s'occuper; il faudrait, notamment, un service plus complet d'hygiène mentale dans les écoles.

En 1962, les fonds provenaient du *Peterborough Red Cross and Community Fund*[1], des cotisations des membres, et de dons[2]. Les dépenses comprenaient le transport en autobus à *l'Ontario Hospital* de Kingston, les réunions publiques, les publications, la publicité et les frais d'exploitation du bureau local de la Croix-Blanche.

Peterborough Red Cross and Community Fund

Il organise une campagne conjointe de souscription pour 17 oeuvres municipales. On visite alors toutes les familles et toutes les industries. Cette campagne est dirigée par un conseil d'administration formé de représentants de tous les organismes intéressés et de citoyens sérieux et renseignés, qui étudient les budgets et les programmes des organismes membres et donnent des conseils sur les méthodes à adopter pour une meilleure administration. L'objectif de la campagne de 1962, qu'il fallait atteindre pour répondre aux besoins de 1963, était de $199,279[3]. Le rapport annuel présente aux souscripteurs a indiqué qu'environ 98 p. 100 de l'objectif avait été atteint.

Parmi les problèmes auxquels on doit faire face, on remarque le besoin grandissant de fonds et les difficultés croissantes qu'on éprouve à les obtenir de cette façon. Plusieurs de ceux que nous avons interrogés ont fait remarquer que certains des services qui sont actuellement financés, au moins en partie, de cette manière, sont des services communautaires essentiels et qu'ils devraient être financés à même les deniers publics. On croit de plus en plus qu'il faut songer à fusionner les services et le personnel, si l'on veut combler les lacunes actuelles et empêcher le double emploi.

Autres organismes sociaux

Parmi les autres organismes qui offrent des services connexes à la santé publique, il y a les *Big Brothers*, les Alcooliques anonymes, la Société John Howard, l'Armée du Salut, le *Provincial Probation Service*, la *Young Men's Christian Association* et la *Young Women's Christian Association*.

---

[1] $2,000.

[2] Environ $350.

[3] Le comité chargé d'étudier le budget à réduit au montant susmentionné l'objectif de $214,000 fixé par les divers organismes.

Nous avons aussi mentionné l'aide accordée par quelques-uns des clubs philanthropiques. D'autres services comprennent l'aide aux enfants infirmes que fournit le *Rotary Club,* l'assistance du *Lion's Club,* la Banque d'yeux de l'Institut national canadien pour les aveugles, et le travail de sécurité accompli par le *Kinsmen Club* dans les écoles. Certains groupements religieux fournissent également divers genres de services aux familles qui ont, entre autres, des problèmes relatifs à la santé.

Peterborough Health and Welfare Association

Des dîners intimes organisés de temps en temps groupent les membres des divers organismes gouvernementaux et privés qui s'occupent de la santé publique et du bien-être social. Ces dîners revêtent un caractère semi-social, et il n'est pas obligatoire d'y assister. Des sujets d'intérêt commun y sont discutés. Il y a quelques années, on a préparé à titre d'essai un opuscule sur les services communautaires.

APPENDICE II

ÉTUDE FAITE SUR PLACE DANS LE COMTÉ DE HURON

GÉNÉRALITÉS

Le comté de Huron a une superficie de 1,295 milles carrés; il s'étend sur quelque 60 milles le long de la partie centrale de la rive est du Lac Huron, et atteint une largeur maximum de 40 milles à l'intérieur des terres. Il est borné au nord par le comté de Bruce, au nord-est par le comté de Wellington, au sud-est par le comté de Perth, au sud par le comté de Middlesex, et enfin, au sud-ouest, par une pointe du comté de Lambton. Dans le comté de Huron, le terrain est plat à certains endroits, légèrement vallonné à d'autres. Son altitude varie d'environ 1,000 à 1,200 pieds au-dessus du niveau de la mer. Dans le sud du comté le sol est composé d'argile grasse et de terreau. Il devient plus léger à mesure qu'on monte vers le nord, où l'on trouve du sable, du gravier et parfois des gros cailloux. Une grande partie de la forêt qui recouvrait jadis le comté a fait place à des terres cultivées, mais il y a encore des terres boisées. Le long du lac Huron, le climat est tempéré tant en été qu'en hiver; mais à environ 10 milles à l'intérieur des terres, il est pluvieux et neigeux, et cette région est plus froide en hiver et plus chaude en été que l'autre.

Au point de vue historique, on sait que Champlain a visité cette région en 1618. Cependant, le premier colon ne s'y est établi qu'en 1826. Grâce à la fondation de la Compagnie du Canada en 1828, les colons sont ensuite venus de plus en plus nombreux s'établir à Goderich pour défricher la riche région agricole avoisinante. La population a constamment augmenté jusqu'à atteindre un maximum de 76,526 habitants en 1881[1]. Elle a ensuite diminué; elle n'était plus que de 43,742 habitants en 1941[2]. Depuis ce temps, elle a progressivement augmenté; elle était de 53,805 habitants en 1961[3]. Ceci représente une hausse de 9 p. 100[4] comparativement au chiffre de 49,280 âmes relevé au cours du recensement de 1951. Les habitants des localités de 1,000 résidents et plus représentaient alors

---

[1] Recensement du Bureau fédéral de la statistique.

[2] *Ibid.*

[3] *Ibid.*

[4] L'augmentation de la population, en pourcentage, se compare à celle de 35.64 p. 100 pour l'ensemble de l'Ontario entre 1951 et 1961.

environ 33.7 p. 100 de la population. La population rurale non agricole des centres urbains plus petits et celle des banlieues des grands centres représentaient environ 29.8 p. 100 de la population totale. La population rurale agricole en représentait 36.5 p. 100. Une étude plus précise indique une augmentation constante de la population dans les régions entièrement rurales et dans les petits centres urbains. Un peu plus de 41 p. 100 des habitants, en 1961, avaient moins de 20 ans, comparativement à une proportion de 39.5 p. 100 notée dans l'ensemble de la province[1]. Environ 11.4 p. 100 des habitants étaient âgés de 65 ans ou plus, comparativement à la moyenne de la province, qui était de 8.3 p. 100[1]. Environ 80 p. 100 des habitants du comté sont d'origine britannique, mais particulièrement dans le sud, on compte un grand nombre d'habitants d'origine germanique et un plus petit nombre d'habitants dont les ancêtres venaient d'autres pays de l'Europe. La population du comté de Huron est en majorité protestante.

Le comté de Huron est une riche région agricole. On y remarque surtout des troupeaux de vaches laitières et de boeufs et des fermes avicoles. On y cultive l'orge, le lin, les fèves, les pois et la betterave à sucre. On y fait aussi l'élevage des porcs et des moutons sur une grande échelle. L'industrie des produit laitiers tels que le fromage Cheddar et le beurre est importante, mais elle l'est moins que dans certains des comtés voisins.

La petite entreprise manufacturière occupe aussi une place de choix. A Goderich, il y a des usines où l'on fabrique des machines pour travaux de voirie, ainsi que des manufactures de plumes et crayons, d'articles en bois, de nourriture pour les animaux et de produits alimentaires à base de céréales. Les dépôts de sel naturel font l'objet d'une exploitation poussée et les installations portuaires ont favorisé la construction d'élévateurs à grain et de réservoirs d'entreposage du pétrole. Dans les petits centres urbains, on trouve des manufactures de cuisinières au bois et au charbon, de portes d'acier, de gants de cuir, de meubles, de chaussures, de chaudières, de tuiles et de ciment, de roulottes et de produits alimentaires. Il y a, dans le comté deux bases de l'Aviation royale canadienne, l'une à Clinton et l'autre à Centralia, près d'Exeter.

La région est bien approvisionnée en énergie hydro-électrique et elle compte plusieurs canalisations pour le gaz naturel. Il existe d'abondantes réserves d'eau qui peuvent servir à des fins commerciales ou à la consommation publique, réserves qu'on exploite déjà ou qu'on pourrait facilement exploiter.

Les chemins de fer Nationaux du Canada assurent un service quotidient de trains de marchandises et de voyageurs, de même que de trains express, à destination de Goderich[2]. Le Pacifique Canadien assure un service quotidien de trains de marchandises[2] et de trains express. Pour trois autres villes, il existe un service de trains de marchandise, et une autre ville jouit d'un service de trains de voyageurs. L'aéroport important le plus rapproché est l'aéroport municipal Crumlin, de London, mais il y a un petit champ d'aviation privé près de Goderich. L'Aviation royale

[1] Recensement de 1961 du Bureau fédéral de la statistique.

[2] Sauf le dimanche.

canadienne fournit aussi ses services en cas d'urgence. La route 21, appelée *Bluewater Highway*, part de Sarnia et traverse le comté en allant vers le nord. Elle passe par Goderich et se rend jusqu'à la Péninsule Bruce. La route 8 relie Goderich à Stratford et à Kitchener, en passant par Clinton et Seaforth. D'autres bonnes routes et ordinaires et grand-routes relient les diverses localités à la région avoisinante. Des sociétés d'autobus et de transport desservent les villes les plus improtantes. La ville de Goderich possède un port d'eau douce qui sert au transbordement du blé, du pétrole et des produits manufacturés.

Goderich, qui est le chef-lieu du comté et le principal centre urbain, a une population d'environ 6,360 habitants. Cette ville est à environ 143 milles de Toronto, à 62 milles de London, à 84 milles de Sarnia, à 84 milles d'Owen Sound et à 46 milles de Stratford. Parmi les autres localités urbaines, on note Clinton, dont la population est d'environ 3,300 habitants, Exeter, qui en compte environ 3,000 , Wingham, qui en a quelque 2,800, et Seaforth, qui en compte environ 2,200. Les populations respectives de Blyth, Brussels, Hensall et Zurich varient de plus de 700 à moins de 1,000 habitants.

Le coût de la vie est généralement au même niveau que celui des autres régions du sud de l'Ontario, mais légèrement inférieur à celui de Toronto. Les petites villes, et en particulier Goderich, ont de bons magasins où l'on peut se procurer tous les articles essentiels. Les gens vont généralement faire une grande partie le leurs emplettes dans les grandes villes situées aux environs du comté. Les grands centres du comté ont aussi de bonnes écoles primaires. La centralisation des écoles rurales est en train de s'accomplir, mais on s'oppose au changement dans certaines régions. On trouve des écoles secondaires régionales à Goderich, Clinton, Exeter, Wingham et Seaforth.

Goderich compte un collège commercial privé, et le *Goderich Collegiate* offre aussi un cours commercial. On a établi deux petites écoles pour enfants arriérés à Goderich et à Wingham. Des hebdomadaires sont publiés à Goderich, Clinton, Exeter, Wingham, Seaforth, Zurich, Brussels et Blyth. Wingham a des postes de radio et de télévision. Les terrains et autres installations destinés au sport ou aux jeux en plein air sont excellents.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Organisation

Le comté de Huron possède une unité sanitaire[1] à service continu qui dessert 16 cantons, 5 villes et 4 villages. Le Bureau d'hygiène est formé de cinq membres[2], dont quatre du conseil de comté de Huron et un représentant du gouvernement provincial. Le Directeur administratif est le médecin-hygiéniste du comté, et le secrétaire est le secrétaire-trésorier du comté.

---

[1] Formé le 1er juillet 1949.

[2] Ce total est généralement réparti ainsi: deux membres des localités urbaines et trois membres des régions rurales.

Étant donné que l'on considère le Bureau d'hygiène comme l'un des comités permanents du conseil du comté, ses membres changent chaque année, sauf le représentant du gouvernement provincial[1]. Ce changement entraîne un manque de suite dans les façons de procéder et nuit quelquefois à l'application de programmes nouveaux ou à la modification de programmes existants. L'expérience, dans la plupart des régions, a révélé qu'il fallait que les nouveaux membres du conseil, même s'ils sont animés des meilleures intentions, aient au moins une année de service pour être suffisamment au courant des questions d'hygiène.

Au début, les bureaux de l'unité sanitaire étaient à Clinton, mais depuis 1956, ils sont dans le *County Building,* à Goderich. Les bureaux locaux pour les infirmières-hygiénistes se trouvent dans les hôpitaux publics de Clinton, Exeter, Seaforth et Wingham[2].

Voici un sommaire du rapport financier pour l'année civile 1962:

Recettes	
Municipalités du comté de Huron	$40,935.55
Province d'Ontario	42,006.87
Subvention nationales à l'hygiène	10,640.14
Permis d'inspection de la plomberie	4,368.00
	$97,950.56
Dépenses	
Salaires	$68,445.50
Transport	13,811.27
Entretien	5,884.94
Frais divers (administration, Bureau d'hygiène, vérification des livres, etc.)	9,808.85
	$97,950.56

Les revenus permettent de mettre en vigueur les programmes de toute première importance, mais il est plus difficile d'obtenir du Conseil des fonds pour amplifier les programmes existants ou en créer de nouveaux. Les subventions nationales à l'hygiène ne sont accordées que si on a répondu aux normes qui concernent le personnel essentiel et si la région est prête à partager les frais.

Il est d'usage, à l'unité sanitaire du comté de Huron, que le médecin-hygiéniste fasse des recommandations relatives au budget annuel; mais c'est le secrétaire du Bureau d'hygiène, en même temps secrétaire-trésorier du comté, qui établit ce budget. Il peut suivre les recommandations du médecin-hygiéniste, mais il n'est pas tenu de le faire. Évidemment, le budget présenté par le secrétaire du Bureau peut être modifié par le Bureau d'hygiène et par le Conseil de comté de Huron. Cette situation, de même que le changement continuel des membres du Conseil

[1] Parmi les comités permanents du Conseil de comté de Huron, d'après la liste publiée en 1963, le Bureau d'hygiène vient au troisième rang, après les comités des routes et de Huronview.

[2] Le loyer des bureaux locaux est entièrement couvert par une subvention nationale à l'hygiène.

de comté, confère au secrétaire-trésorier une très forte influence dans la gestion des affaires du comté.

PERSONNEL[1]

Catégorie	A temps plein	A temps partiel	Total
Médecin-hygiéniste	1		1
Autres médecins[2]		7	7
Surveillante des infirmières-hygiénistes	1		1
Infirmières-hygiénistes	7	2	9
Autres infirmières autorisées[3]		1	1
Vétérinaire-hygiéniste[4]	1		1
Inspecteur sanitaire en chef	1		1
Inspecteurs sanitaires[5]	1		1
Personnel de bureau et secrétaire	2	1	3
	14	11	25

Le Bureau d'hygiène nomme tous les membres du personnel et peut les remercier de leurs services, à l'exception du médecin-hygiéniste. Ce dernier est nommé ou remercié de ses services avec l'approbation du ministère provincial de la Santé. Pour l'engagement et le congédiement des autres membres du personnel, on suit d'ordinaire, mais non toujours[6], les recommandations du médecin-hygiéniste.

Le personnel essentiel de l'unité sanitaire comprend un médecin-hygiéniste à plein temps, dix infirmières-hygiénistes à plein temps, y compris une surveillante, trois inspecteurs sanitaires à plein temps, y compris un inspecteur en chef, deux commis à plein temps et un commis à temps partiel. Le problème de recrutement le plus sérieux est celui de trouver suffisamment d'infirmières-hygiénistes à plein temps. Chaque année, il faut en remplacer deux ou trois. Actuellement, l'unité sanitaire compte deux infirmières-hygiénistes et une infirmière autorisée qui travaillent à temps partiel. Il manque donc une infirmière-hygiéniste à temps plein. A cause de la superficie du comté et de la répartition de sa population, le nombre d'infirmières, par rapport à la proportion normale de 1:5,000, est jugé trop faible par le médecin-hygiéniste. On pourrait demander une subvention nationale à l'hygiène afin d'engager d'autres infirmières-hygiénistes, mais ces subventions ne sont accordées que lorsque le personnel essentiel est au complet. Les facteurs qui expliquent la pénurie d'infirmières sont le demi-isolement et le caractère rural de la région, de même que la tendance des jeunes infirmières célibataires à déménager

[1] En juin 1962.

[2] Le nombre varie. Les autres médecins travaillent dans les cliniques d'hygiène infantile et d'immunisation et ils sont payés à tant par séance. On a constaté que les femmes médecins mariées et les médecins qui travaillent seuls dans une localité sont les plus empressés à faire ce travail.

[3] Service à temps partiel dans les cliniques d'immunisation.

[4] Le vétérinaire détient un diplôme en sciences vétérinaires publiques.

[5] Un inspecteur additionnel, actuellement stagiaire, se joindra probablement au personnel en 1963.

[6] On a cru que ce pouvoir, à cause du renouvellement constant des membres du Bureau d'hygiène, entraînait un malaise chez le personnel, particulièrement chez les membres qui veillent à l'application des règlements.

assez fréquemment jusqu'à leur mariage. Les infirmières mariées représentent une partie importante du personnel, mais les grossesses et les responsabilités familiales nuisent à leur emploi, même lorsqu'il s'agit d'un emploi à temps partiel. D'autre part, il y a peu de changements parmi les surveillantes. Les taux de traitements se comparent à ceux qui sont offerts dans d'autres régions semblables de la province[1].

Les inspecteurs sanitaires diplômés sont également rares. A l'heure actuelle, l'unité aurait besoin d'un inspecteur de plus, mais un étudiant qui bénéficie d'une bourse se prépare actuellement à occuper le poste vacant. En général, les inspecteurs ne viennent pas d'autres endroits, et c'est en recrutant des stagiaires sur place qu'on a obtenu les meilleurs résultats. Même dans ces circonstances, certains inspecteurs quittent leur poste dès que leur période obligatoire de travail est terminée, et vont s'installer dans des centres urbains plus importants. Les traitements versés aux inspecteurs sanitaires présentent aussi un problème[2], particulièrement lorsqu'il s'agit d'obtenir des augmentations annuelles statutaires et satisfaisantes. Au lieu de cela, c'est le Conseil de comté qui décide chaque année des augmentations à accorder.

Il y a aussi un vétérinaire-hygiéniste dont le salaire[3], dans la proportion d'environ 70 p. 100, provient d'une subvention nationale à l'hygiène. Lors de notre visite, ce membre du personnel songeait à démissionner parce que le Bureau d'hygiène et le Conseil de comté hésitaient à lui accorder un modeste relèvement de salaire, qui avait d'ailleurs été recommandé par le médecin-hygiéniste. S'il met son projet à exécution, il est peu probable qu'on puisse lui trouver un remplaçant, vu le salaire actuellement offert. Voilà qui aurait de fâcheuses répercussions sur un programme de grande valeur[4].

Il est essentiel de reviser les salaires et d'avoir un personnel plus stable dans les régions comme le comté de Huron, si l'on veut recruter et retenir une équipe sanitaire aux membres compétents et suffisamment nombreux.

Programmes

Lutte contre les maladies contagieuses

GÉNÉRALITÉS

En général, les cas ne sont pas tous signalés, mais on les signale fidèlement lorsqu'il s'agit des maladies les plus graves. Il en est de même dans les cas de

---

[1] Le salaire annuel des infirmières-hygiénistes varie de $3,700 à $4,800, et l'augmentation maximum accordée en 1962 était de $150 par année. La surveillante touche entre $5,000 et $6,000 par année et les augmentations accordées sont généralement similaires à celles des infirmières. Le Conseil de comté décide des augmentations annuelles qui seront accordées; ces relèvements ne sont pas statutaires.

[2] Le salaire annuel de l'inspecteur sanitaire en chef est de $4,600 à $5,600 et l'augmentation accordée en 1962 était de $100 par année. Un inspecteur sanitaire touche de $3,600 à $4,600 par année et l'augmentation accordée en 1962 était de $100. Un stagiaire touche $35 par semaine.

[3] Le salaire annuel du vétérinaire, en 1962, était de $6,600 dont $4,700 étaient couverts par une subvention nationale à l'hygiène et $1,900 par le comté. Les augmentations sont déterminées à chaque année, comme dans le cas des autres membres du personnel.

[4] Le vétérinaire-hygiéniste n'a pas démissionné.

maladies contagieuses de l'enfance. Les écoles ne manquent pas de les signaler mais les médecins, cependant, mettent moins de zèle à le faire. Ordinairement, on ne visite pas les familles où on a signalé un cas de maladie contagieuse, à moins que des circonstances spéciales ne l'exigent. L'immunisation de rappel après une maladie contagieuse est laissée à la discrétion du principal de l'école, sauf dans des cas spéciaux, tels la pédiculose chronique ou l'impétigo généralisé.

Le médecin-hygiéniste ne fait pas partie officiellement du personnel des hôpitaux de la région, sauf dans le cas de l'hôpital de Goderich, où il siège au comité de prévention des infections. Cependant, les services de l'unité sanitaire sont accordés sur demande, s'il se présente un problème de prévention des infections dans les hôpitaux ou d'autres problèmes.

Parmi les maladies infectieuses les plus courantes en 1962, on a relevé 35 cas d'hépatite infectieuse, dont un mortel, et un cas de fièvre paratyphoïde. Ces cas ont montré la nécessité de porter une attention soutenue à l'inspection de l'eau et des aliments. On a compté 33 cas de rage[1] chez les animaux en 1962, et 27 personnes ont dû recevoir un traitement après avoir été mordus par ces animaux.

LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Une consultation de diagnostic où les médecins de famille peuvent envoyer leurs malades est tenue tous les mois dans chacun des quatre hôpitaux les plus importants du comté[2]. Les hôpitaux fournissent les locaux, les appareils de radiographie et les services des techniciens en radiologie. Un médecin du *Beck Memorial Sanatorium*, de London[3], prête son concours, et le personnel médical du sanatorium interprète les radiographies. Le personnel de l'unité sanitaire prend les rendez-vous, envoie les avis de rappel aux malades qui doivent consulter de nouveau le spécialiste en maladies pulmonaires, tient à jour les dossiers des malades et délègue une infirmière-hygiéniste et un commis pour aider au travail des consultations. L'Association antituberculeuse du comté de Huron[4] paie le coût de tous les examens et des radiographies, de même que les honoraires des médecins du sanatorium qui s'occupent d'interpréter ces dernières. Elle paie aussi les frais de transport et verse le salaire du technicien en radiographie qui se rend aux consultations d'Exeter. Les rapports d'examens et de radiographies sont envoyés aux médecins de famille des malades. Environ 2,000 civils qui sont à la charge de membre de l'Aviation royale canadienne et habitent les bases avoisinantes, peuvent bénéficier des consultations d'Exeter et de Clinton.

[1] Voir p. 294, un exposé des mesures de lutte contre la rage.

[2] A Goderich, Wingham, Clinton et Exeter.

[3] Dirigé par l'Association sanitaire de London et de la région. Dans le cas de la consultation d'Exeter, le sanatorium envoie un technicien en radiologie, mais on se sert de l'équipement radiographique de l'hôpital local.

[4] Voir aussi p. 326. Les radiographies des malades qui vont directement à la consultation pour malades externes du sanatorium sont aussi payées par l'Association.

Une consultation mensuelle est également organisée à l'hôpital de Seaforth, mais aucun spécialiste des poumons n'y est présent. Les pellicules radiographiques et l'exposé des antécédents du malade sont envoyés au sanatorium, qui doit les interpréter. Au besoin, le malade est dirigé vers l'une des autres consultations, pour y être examiné par un spécialiste des poumons.

Les malades qui doivent être hospitalisés en sanatorium vont, en général, au *Beck Memorial Sanatorium* de London. L'unité sanitaire les aide à faire les préparatifs en vue de leur admission et tient aussi à jour, pour la région, les registres renfermant les noms des tuberculeux et de ceux qui ont visité la consultation pulmonaire. Selon les indications du médecin, les infirmières-hygiénistes[1] s'occupent de suivre les personnes avec qui des malades ont fréquemment été en contact, et de visiter à domicile les malades sortis du sanatorium et qui sont traités par chimiothérapie. L'Association antituberculeuse du comté de Huron paie les frais de transport, si les malades ne peuvent le faire.

La Province a fourni aux hôpitaux l'équipement nécessaire à la prise de radiographies pulmonaires en miniature. Ces appareils servent aux radiographies régulières lors de l'admission. L'hôpital fournit les locaux et les techniciens en radiologie. La Province rembourse[2] à l'hôpital les dépenses qu'il a faites pour les pellicules.

Un programme d'examen à la tuberculine (test de Mantoux) est organisé chaque année par l'unité sanitaire dans chacune des écoles secondaires de la région. Tous les nouveaux étudiants, ceux qui doivent terminer leurs études et ceux qui les abandonnent au cours de l'année, doivent subir un examen. Les personnes qui ont une réaction positive sont dirigées, pour observation, vers la consultation pulmonaire la plus rapprochée. Les élèves des écoles primaires subissent un test de Mantoux tous les quatre ans, grâce à des ententes avec la consultation pulmonaire itinérante (examen collectif) de la province.

Tous les deux ans, une consultation itinérante du *Beck Memorial Sanatorium* visite *Huronview*, le foyer pour vieillards du comté, afin d'y faire des examens radiographiques. Les dossiers des personnes que l'on croit tuberculeuses ou en danger de le devenir sont tenus par l'unité sanitaire, qui prend ensuite les mesures nécessaires pour que ces mêmes personnes soient examinées régulièrement. L'Association antituberculeuse du comté de Huron couvre les frais des visites de la consultation itinérante. En collaboration avec le médecin de la prison du comté et le *Beck Memorial Sanatorium,* l'unité sanitaire fait subir des examens à la tuberculine à tous les prisonniers. Les personnes qui ont une réaction positive à ces épreuves se rendent à l'hôpital de Goderich pour y subir une radiographie pulmonaire. L'Association antituberculeuse du comté de Huron contribue à défrayer le coût des radiographies.

---

[1] Les médicaments que doivent prendre les malades qui ont reçu leur congé du sanatorium sont fournis par la Province et distribués par l'intermédiaire du sanatorium.

[2] Chaque film miniature coûte 50¢.

Des tests cutanés et des radiographies collectives ont été faites dans le comté de Huron, en 1960, par le ministère ontarien de la Santé[1]. L'Association antituberculeuse a payé les frais de la publicité et le loyer des locaux qui ont servi aux examens. Ces enquêtes sont effectuées tous les quatre ans, en moyenne.

Deux fois par année, les employés de certaines industries très importantes doivent subir un examen radiographique des poumons. La consultation itinérante de la Direction de l'hygiène industrielle du ministère ontarien de la Santé[2] se charge de faire cet examen. Grâce à un service itinérant de radiographie, cette même direction du ministère ontarien de la Santé offre aussi un examen annuel aux travailleurs exposés aux poussières de silice, par example les travailleurs des fonderies et ceux qui s'occupent de la fabrication des monuments de pierre.

LUTTE CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES

Il n'y a pas de consultation publique. Le programme n'a pas beaucoup d'envergure et se limite à la postobservation des personnes avec qui les malades ont été en relations intimes, et quelquefois de celles qui négligent de se faire traiter. On estime que l'indice de fréquence actuel est plus élevé que le nombre de cas signalés au ministère provincial de la Santé et, par ce dernier, à l'unité sanitaire.

IMMUNISATION

Il n'y a pas de programme déterminé d'immunisation pour les adultes, mais ceux-ci peuvent se rendre aux consultations d'hygiène infantile pour y être vaccinés contre la variole et recevoir le vaccin Salk contre la poliomyélite, de même que les toxoïdes antitétaniques. Le programme de vaccination Salk a d'abord été mis en vigueur par l'unité sanitaire, qui continue d'administrer des vaccins. A la fin de 1962, plus de 70,000 injections avaient été données. On s'inquiète du nombre décroissant des adultes qui veulent recevoir des injections initiales ou de rappel, étant donné que les épidémies qui se sont produites dans d'autres régions se sont souvent révélées particulièrement dangereuses pour les jeunes adultes. Sur demande, on organise des séances spéciales de vaccination pour les jeunes filles qui commencent un cours d'infirmières ou pour des groupes spéciaux de la région.

On incite les médecins de famille à donner aux bébés et aux enfants d'âge préscolaire une immunisation initiale et des doses de rappel. Les consultations d'hygiène infantile et pour les autres enfants[3] administrent aussi les vaccins. Les premiers vaccins pour ceux qui n'ont jamais été immunisés sont donnés aux enfants

---

[1] On a découvert 17 cas nouveaux, dont 8 étaient actifs.

[2] Les sociétés *Sheaffer Pen* et *Dominion Road Machinery* et les usines de raffinage du sel de la *Dominion Tar and Chemical*, à Goderich.

[3] Voir aussi p.299. Les antigènes utilisés sont le vaccin antivariolique et le quadruple antigène composé de toxoïde antidiphtérique, de vaccin contre la coqueluche, de toxoïde antitétanique et de vaccin Salk contre la poliomyélite. On se sert d'autres antigènes au besoin.

qui entrent à l'école[1], et les injections de rappel sont données de façon systématique tous les quatre ans à tous les élèves des écoles primaires et secondaires[2]. Il n'y a pas de service de vaccination à l'école[3], aux deux bases de l'A.R.C., mais les vaccins se donnent, aux cliniques régulières d'hygiène infantile des bases, aux bébés et aux enfants d'âge préscolaire.

Salubrité

Le programme général est sous la direction du vétérinaire-hygiéniste. Le vétérinaire-hygiéniste et les inspecteurs sanitaires travaillent en étroite collaboration, mais chacun s'occupe des programmes déterminés que sa formation l'a préparé à diriger. La fonction des inspecteurs sanitaires consistent à effectuer les inspections de plus en plus nombreuses qui s'imposent, plutôt qu'à exercer une surveillance systématique.

APPROVISIONNEMENTS D'EAU

Tous les centres importants ont des systèmes d'aqueducs satisfaisants au point de vue salubrité. On compte 10 systèmes d'aqueducs exploités par les municipalités dans le comté de Huron. Ce sont:

	Source	Genre de système
Goderich (ville de)	Lac Huron	bassin de sédimentation et chloruration. Nouvelle prise d'eau et usine de filtration.
Clinton (ville de)	puits forés	aucun traitement
Exeter (ville d')	puits forés	aucun traitement
	rivière Ausable	filtration et chloruration
Seaforth (ville de)	puits forés	aucun traitement
Wingham (ville de)	puits forés	aucun traitement
Zurich (village de)	puits forés	aucun traitement
Hensall (village de)	puits forés	aucun traitement
Blyth (village de)	puits forés	aucun traitement
Brussels (village de)	puits forés	aucun traitement
Egmondville (hameau de)	puits forés	aucun traitement

---

[1] Le vaccin antivariolique, la toxoïde antidiphtérique et la toxoïde antitétanique sont administrés en même temps, et le vaccin Salk contre la poliomyélite est donné seul.

[2] Le vaccin antivariolique au besoin et le triple antigène composé de toxoïde antidiphtérique, de toxoïde antitétanique et de vaccin Salk contre la poliomyélite.

[3] L'unité sanitaire ne donne aucun service d'hygiène scolaire aux bases de l'A.R.C.

Les systèmes d'aqueducs municipaux exploités par des organismes indépendants[1] comprennent:

(1) Le village partiellement autonome de Crediton---2 canalisations ayant chacune un puits foré.

(2) Le village partiellement autonome d'Auburn---4 canalisations ayant chacune un puits foré.

(3) Le village partiellement autonome de Dungannon---2 canalisations ayant chacune un puits foré.

(4) Les six cantons en bordure du lac Huron---50 canalisations à service intermittent (qui ne desservent à peut près que les chalets d'été) ayant chacune un puits foré.

La base de l'A.R.C., à Clinton, achète l'eau de la Commission des services d'utilité publique de Clinton et l'on y fait la chloruration de l'eau. La base de l'A.R.C., à Centralia, reçoit l'eau des puits forés du canton d'Usborne, au sud-est d'Exeter. On y fait aussi la chloruration de l'eau.

Les régions rurales et certaines maisons de ville situées dans les banlieues sont alimentées par des puits privés.

Le rôle de l'unité sanitaire est d'effectuer des inspections régulières et des inspections spéciales sur demande, afin de déterminer s'il existe un danger pour la santé. On prélève 12 échantillons d'eau par année[2] dans les systèmes d'aqueducs municipaux et dans les autres systèmes publics. Les sources privées d'eau potable ne sont examinées que sur demande[3]. L'unité sanitaire travaille on étroite collaboration avec la Commission des ressources hydrauliques de l'Ontario.

Toutes les tentatives visant à introduire la fluoration de l'eau à Goderich ont été vaines.

SYSTÈMES DE TOUT-À-L'ÉGOUT

L'unité sanitaire estime que la salubrité insufficante du milieu en ce qui concerne les approvisionnements en eau, les systèmes de tout-à-l'égout et l'enlèvement des ordures constitue l'un des problèmes les plus importants et l'un des plus graves dangers pour la santé publique.

L'exploitation des systèmes municipaux relève de la Commission des ressources hydrauliques de l'Ontario. L'unité sanitaire intervient lorsqu'il y a des dangers pour la santé publique, dangers qui existent parce que ces canalisations ne répondent pas aux normes prescrites. L'unité sanitaire est aussi chargée de l'inspection des fosses septiques privées et des cabinets d'aisance. Voici la liste des usines municipales d'évacuation:

---

[1] Ces systèmes publics exploités par des organismes privés desservent de 6 à 20 maisons chacun.

[2] Deux cent seize inspections ont été effectuées en 1962.

[3] Sept cent quatre-vingts échantillons ont été prélevés en 1962.

Localité	*Genre de système*
Goderich	Évacuation sans traitement des eaux-vannes et des immondices dans le lac Huron.
Clinton	Usine de traitement biologique des vidanges.
Exeter	Système d'égouts avec bassin d'épandage.
Seaforth	Traitement primaire uniquement par chloration de l'effluent.
Wingham	Grande fosse septique municipale. (On est à mettre sur pied une usine de traitement par bassin d'épandage.)
Base de l'Aviation royale canadienne, à Clinton (système non municipal)	Usine de traitement biologique des vidanges.
Base de l'Aviation royale canadienne, à Centralia (système non municipal)	Usine de traitement biologique des vidanges.

Les autres localités n'ont pas de système municipal. Les vieux centres urbains importants ont des systèmes qui ne peuvent répondre aux besoins domestiques et industriels croissants. Il arrive souvent que ces systèmes soient surchargés et que les vidanges soient déversées dans des cours d'eau locaux. Un problème qui se rattache étroitement au premier affecte les personnes qui habitent les régions rurales voisines des villes. Étant donné le nombre croissant des maisons, il arrive souvent qu'il n'y ait pas d'espace suffisant pour établir un système approprié de drains de tuile pour les fosses septiques. Le sol devient alors saturé, et il en résulte un danger pour la santé publique. Dans d'autres cas, la nature du sol fait qu'il devient dangereux d'avoir beaucoup de fosses septiques. Aucune de ces municipalités n'a établi de règlements concernant les fosses septiques privées.

Toutes les nouvelles installations sont examinées par les inspecteurs sanitaires, aux termes de la Loi sur l'hygiène publique, annexe B. Surtout en été, ce travail absorbe une grande partie de leur temps.

L'évacuation des vidanges présente un problème de plus en plus aigu pour l'unité sanitaire. Dans ce domaine, elle travaille en étroite collaboration avec la Commission des ressources hydrauliques de l'Ontario et la Direction de la planification du ministère ontarien des affaires municipales. Quelques grands établissements, comme le foyer *Huronview*, deux écoles secondaires régionales, l'*Ontario Hospital* de Goderich, le *South Huron Hospital* d'Exeter, et quelques industries, par exemple une conserverie d'Exeter[1], ont leur propre système de tout-à-l'égout.

La construction de système de tout-à-l'égout et de traitement des vidanges constitue la solution du problème, pour les villes et les villages. Mais cette solution représente de fortes dépenses et certaines municipalités s'opposent à de tels projets.

[1] La ville d'Exeter fournit ces services à la conserverie.

INSPECTION DE LA PLOMBERIE

En 1961, les règlements de la Commission des ressources hydrauliques de l'Ontario relatifs à la plomberie ont rendu obligatoire l'inspection de la plomberie dans toutes les municipalités de la province. Auparavant, seules les grandes municipalités urbaines possédaient un système organisé d'inspection, qui était d'ordinaire sous la direction d'un comité des travaux publics. Des maîtres-plombiers étaient chargés des inspections. Les 25 municipalités du comté de Huron ont jugé qu'elles ne pouvaient pas individuellement fournir sous ce rapport un service convenable, et en 1961, aux termes d'un règlement du comté, elles décidèrent de déléguer à l'Unité sanitaire le pouvoir d'organiser tous les services d'inspection de la plomberie du comté. On fait quelque 4 ou 5 inspections de ce genre par jour, en été, et les inspecteurs sanitaires estiment qu'étant donné que ce travail se rattache étroitement à la surveillance des fosses septiques, il s'intègre bien à leurs fonctions[1]. On découvre en moyenne, chaque année, deux raccordements en forme de croix. Si on ne fait pas la correction nécessaire, cette mauvaise disposition entraîne la pollution de l'eau du système d'aqueducs municipal.

APPROVISIONNEMENT EN LAIT

Les vétérinaires-hygiénistes consacrent environ 25 à 30 p. 100 de leur temps à l'inspection du lait. Le comté de Huron compte 10 usines de pasteurisation[2] qui ont obtenu un permis du ministère provincial de l'Agriculture. Trois de ces usines utilisent la méthode de pasteurisation rapide, à haute température et les autres, la méthode lente à température peu élevée. On prélève, chaque mois, des échantillons de quatre produits pasteurisés dans les laiteries: crème recueillie à la surface du lait, crème de table, lait homogénéisé et lait au chocolat. Le travail de laboratoire est fait à Stratford, dans un laboratoire qui relève du ministère ontarien de la Santé. Une inspection sanitaire minutieuse des laiteries est effectuée deux fois par année, et l'on continue la surveillance, au besoin.

On compte, dans la région, 50 expéditeurs de lait nature, qui vendent le lait aux laiteries locales[3]. Aujourd'hui, pour transporter le lait, on le met toujours en bidons. Seule une laiterie[4] a jugé qu'elle avait les moyens d'adopter la méthode de transport en vrac. Certains cultivateurs ont pourvu leur ferme d'installations qui permettent de refroidir de grandes quantités de lait à la fois. L'unité sanitaire a adopté un programme très actif pour améliorer la qualité du lait nature. Ce programme comprend l'inspection des fermes deux fois par année, et ces visites sont suivies d'inspections supplémentaires au besoin. Chaque mois, on prélève, des échantillons du lait nature envoyés par chacun des expéditeurs. En raison du fort

[1] En 1962, 1,913 inspections (y compris 797 inspections de plomberie) ont été faites. Les autres inspections portaient sur les fosses septiques et les tuyaux d'écoulement.

[2] Une partie du lait pasteurisé provient des laiteries de London. La pasteurisation se fait sous la surveillance du bureau de santé de London.

[3] Certains producteurs vendent leur lait à des laiteries de Toronto. Leurs établissements sont visités par des inspecteurs du bureau d'hygiène de cette ville.

[4] Au début de 1963, cette laiterie a acheté un camion-citerne pour le transport en vrac du lait fourni par les 6 producteurs qui l'approvisionnent.

volume de travail de laboratoire et des difficultés qu'on éprouve à faire faire ces analyses à Stratford, l'unité sanitaire a ouvert son propre laboratoire en 1960, pour faire des tests sur la gélose et des numérations bactériologiques sur le lait nature. En 1961, on a trouvé que 7.5 p. 100 des échantillons contenaient plus de 200,000 bactéries par millilitre[1], norme établie par l'unité sanitaire. Un programme de lutte contre la mastite, mis en vigueur dans le comté, donne l'assurance que le lait provenant de vaches qui souffrent de maladies des pis ne sera pas utilisé tant que les bêtes malades ne seront pas complètement guéries. Ce programme permet à l'unité sanitaire d'aider les cultivateurs à améliorer à la fois les normes de leur production et la qualité du lait liquide qui entre dans les produits alimentaires. Le nombre des producteurs a graduellement diminué, mais le volume total de lait nature expédié a augmenté, au cours des dix dernières années. Ces faits signifient que les petits producteurs incapables de se conformer aux normes prescrites abandonnent progressivement la production laitière, et qu'il y a augmentation du troupeau des grands producteurs qui peuvent installer l'équipement nécessaire pour répondre à ces mêmes normes.

En général, les laiteries importantes qui recrutent du personnel compétent ne présentent guère de problèmes. Les résultats des test faits sur leurs produits sont des plus satisfaisants, et la qualité de ces produits dépasse sensiblement le minimum fixé par l'unité sanitaire. Deux des laiteries les plus importantes ont également signé des contrats avec l'Aviation royale canadienne et doivent répondre aux normes qu'elle a fixées. Certaines des petites laiteries n'ont pas fourni un lait d'aussi bonne qualité, et plusieurs facteurs expliquent ce fait. En premier lieu, ces petites entreprises disposent de moyens financiers plus limités que les grandes et ne peuvent toujours se procurer l'outillage nécessaire ou recruter du personnel compétent. Certaines de ces laiteries se trouvent dans des régions où elles sont les seules entreprises du genre. Dans certains cas, cette sécurité commerciale fait qu'elles négligent d'améliorer la qualité de leur produit. On a constaté que la plupart des problèmes de contamination surviennent après la pasteurisation et qu'ils sont imputables à un mauvais usage des homogénéisateurs et des entonnoirs, à des bouteilles fêlées et à l'entreposage à des températures inappropriées en attendant que le consommateur achète le lait. Bien que les autorités locales puissent refuser d'accorder leur approbation à certains établissements pour des motifs d'hygiène, s'ils ne répondent pas aux normes fixées, il leur est quelquefois difficile de la faire. Une partie du problème provient du fait qu'aucune norme précise quant à la teneur en bactéries du lait n'a été déterminées par la Loi sur l'hygiène publique. Les unités sanitaires locales et les services de santé fixent leurs propres normes, qu'ils fondent sur les conditions généralement acceptées. On peut évidemment avoir recours aux tribunaux mais, comme dans d'autres domaines de l'hygiène publique, on ne le fait qu'en dernier ressort, lorsque toutes les autres tentatives ont échoué.

---

[1] On accepte une numération bactériologique très élevée (200,000 bactéries) sur quatre échantillons successifs. Si, au cours de cette période, on rélève une seconde numération trop élevée, le lait fourni par le producteur négligent est banni du marché jusqu'à ce que l'on constate qu'il répond aux normes acceptables.

Seuls quatre ou cinq expéditeurs présentent des problèmes. Les expéditeurs importants sont bien disposés à collaborer au maintien des normes, mais certains petits expéditeurs qui disposent de ressources financières plus limitées se sont montrés rebelles, à l'occasion. Mais le problème se règle progressivement. Là encore, on n'a recours aux tribunaux qu'en dernier ressort.

La qualité de la crème glacée ne peut être vérifiée actuellement, parce que le laboratoire de Stratford ne peut effectuer ce travail supplémentaire au cours des mois d'été, alors qu'il est surchargé de travail à cause des examens de l'eau. Il est évident qu'il faut améliorer les services de laboratoire de la région.

Il est certain aussi que l'action des unités sanitaires et des services de santé, en ce qui concerne l'application des règlements, serait facilitée par l'adoption de normes d'hygiène uniformes pour toute la province, relativement au lait cru et aux produits laitiers. On éliminerait ainsi les différences qui existent d'une région à l'autre et, par conséquent, les expéditeurs ou la laiterie en faute ne pourraient plus discuter. De plus, on supprimerait du même coup la possibilité de pressions directes ou indirectes sur le personnel des unités sanitaires et des bureaux de santé municipaux, qui est chargé de veiller à l'application des normes et règlements.

Cependant, on estime que le domaine principal dans lequel des améliorations doivent être apportées est celui de l'éducation des producteurs et du personnel des laiteries. Ce facteur diminuera les dangers pour la santé humaine, qui demeurent toujours les plus difficiles à éliminer.

INSPECTION DE LA VIANDE

Depuis 1948, le vétérinaire-hygiéniste a aidé la ville de Goderich à appliquer un programme d'inspection de la viande, en vertu d'un règlement local spécial à ce sujet. L'adoption de règlement provinciaux relatifs aux établissements qui vendent de la viande a permis d'apporter des améliorations progressives dans les abattoirs des autres parties du comté. Un certain nombre d'abattoirs qui ne répondaient pas aux normes ont cessé d'exister, et d'autres ont été rénovés. Au moment de notre visite, il y avait dans le comté 20 petits abattoirs. L'abattoir le plus important se trouve à Goderich, et on peut y tuer environ 2,500 animaux par année. Deux fois plus d'animaux sont abattus dans l'ensemble des autres établissements. La plupart de ces abattoirs répondaient aux normes locales d'hygiène, et aucun d'entre eux ne recevait la visite des inspecteurs fédéraux. Il y avait aussi deux abattoirs pour la volaille, dont l'un avait été approuvé par l'unité sanitaire. Un éleveur de dindes du comté tue des dindes à intervalles réguliers sans l'autorisation de cet organisme[1].

La Loi sur l'hygiène publique stipule que l'abattage des animaux et la vente des viandes dans la localité relèvent des autorités municipales. Cette juridication

[1] Les bureaux d'hygiène et les conseils municipaux hésitent parfois à faire appliquer des règlements qui pourraient nuire financièrement à un voisin.

municipale soulève un problème, car en dépit du fait que le public désire l'inspection de la viande des animaux abattus dans la municipalité, les bureaux de santé municipaux hésitent à prendre charge de ce domaine, étant donné que le gouvernement provincial semble laisser plus volontiers cette fonction au ministère de l'Agriculture. De plus, la plupart des régions n'ont pas de personne compétente pour faire l'inspection des viandes. Il faut pour ce travail un bon vétérinaire. Même l'inspection fédérale s'arrête à la porte des abattoirs. L'expérience du vétérinaire-hygiéniste a permis de constater que les camions qui servent au transport de la viande devraient être plus propres. On a parfois observé que les planchers étaient sales et n'étaient pas agréables à voir; mais ce fait ne constituait pas un danger au point de vue santé publique, à condition que la viande soit bien cuite avant d'être mangée.

On a proposé de faire appliquer plus vigoureusement la clause de la Loi sur l'hygiène publique qui exige une attestation écrite relativement à l'origine de la viande, y compris la viande mise en conserve. On a aussi laissé entendre que les règlements relatifs aux animaux morts sont incomplets, c'est-à-dire qu'ils ne concernent que les maladies des animaux et non sur la lutte contre les maladies humaines. De plus, à moins que la viande impropre à la consommation ne soit teinte, il est presque impossible de faire appliquer ces règlements. On a aussi émis l'opinion que cette dernière responsabilité devrait incomber aux organismes d'hygiène publique, puisqu'ils concernent la santé humaine. Le fait que seuls les quartiers de viande sont estampillés par les inspecteurs fédéraux soulève aussi un autre problème, puisque les petits morceaux de viande congelés ne portent pas l'estampille. On ne peut les reconnaître qu'au moyen de l'étiquette apposée sur l'emballage, ce qui peut entraîner des abus si on utilise de nouveau le même emballage. On a fortement recommandé que l'inspection de la viande soit plus poussée et qu'elle soit faite sous la direction générale du ministère provincial de la Santé, afin de mettre un terme aux pressions locales qui s'exercent parfois au moment où les services de santé municipaux et les unités sanitaires tentent d'apporter une solution aux problèmes locaux.

On a également souligné la nécessité d'adopter un programme d'inspection de la viande hachée, telle que le bifteck haché et les rognures de viande, afin de vérifier sa teneur en microbes pathogènes. A l'heure actuelle, il n'y a pas moyen de savoir si la viande a été convenablement inspectée auparavant.

LUTTE CONTRE LA RAGE

Au cours des dernières années, la rage a constitué un problème dans toutes les régions rurales de la province. L'expérience, dans le comté de Huron, prouve que les règlements concernant les chiens ont une portée limitée, étant qu'il n'en existe pas au sujet des chats et des nombreux animaux sauvages. Trente-trois animaux de la région, y compris des renards, des mouffettes, des bovins, des ratons laveurs, des chats, des chiens et quelques écureuils et tamias (appelés familièrement suisses), ont été atteints de la rage en 1962. On n'a relevé aucun cas de rage chez les marmottes. Un total de 27 personnes mordues par ces animaux ont

reçu le vaccin Semple cette année-là. Aucun programme efficace de lutte contre la propagation de la rage chez les animaux n'a encore été établi.

MAGASINS D'ALIMENTATION

Ces magasins sont inspectés une fois par année au point de vue des conditions générales d'hygiène, lorsqu'ils détiennent un permis dans les localités où il y a des règlements à cet effet. Huit boulangeries et 17 autres établissements locaux sont ainsi surveillés. Les boulangeries sont inspectées de façon régulière une fois par année, et les autres établissements, quatre fois par année. On compte aussi deux usines d'embouteillage de boissons gazeuses, qui sont inspectées deux fois par année. On n'effectue d'autres visites que dans les cas où l'on reçoit des plaintes. Jusqu'à maintenant, on n'a installé aucun distributeur automatique d'aliments.

Les restaurants et les hôtels sont visités une ou deux fois par année par les inspecteurs sanitaires. Ces visites sont plus fréquentes, si les inspecteurs disposent du temps nécessaire. Dans le cas contraire, les inspections n'ont lieu que si on reçoit des plaintes, ou au besoin. La pénurie de personnel et le fort volume d'inspections à effectuer dans d'autres domaines, au cours des mois d'été, signifient que les inspections régulières se font en d'autres saisons. Ces facteurs représentent un problème, puisque c'est au cours des mois d'été que les dangers pour la santé publique sont le plus susceptibles de survenir, à cause de la température plus élevée et du nombre accru de touristes. Comme dans tous les autres domaines, changements fréquents parmi le personnel qui s'occupe de la manutention des aliments créent un problème quant à l'enseignement de l'hygiène. On tente de résoudre ce problème en faisant appel à la collaboration des propriétaires des établissements à surveiller. En général, l'esprit de collaboration est bon. L'insouciance, voire les tendances destructrices que manifestent certains groupes de la population, particulièrement dans les salles de toilette publiques, rendent parfois difficile la surveillance sanitaire.

La lenteur avec laquelle les services de santé locaux et les unités sanitaires sont informés des dangers courants d'ordre alimentaire constitue un autre problème. Ce fait a été démontré quand le personnel de l'unité sanitaire n'a été informé de la contamination de certains mélanges à gâteau par les salmonella qu'à l'occasion d'un reportage publié dans les journaux. Le caractère trop général de certaines lois provinciales soulève aussi des difficultés. Cela signifie que l'interprétation de la loi et le degré auquel on l'applique peuvent varier d'une municipalité à l'autre.

SALUBRITÉ DES ÉCOLES ET DES HÔPITAUX

Les cuisines, les réfectoires et les buanderies des écoles sont inspectés une fois par année. Dans les hôpitaux, ces inspections ne peuvent être faites que sur demande. Les petites écoles rurales et certains hôpitaux de moindre importance présentent des problèmes de salubrité difficiles à résoudre. Il est souvent impossible de rénover les bâtisses, et les ressources financières pour le faire sont ordinairement limitées. Le mouvement en faveur des écoles centrales a quelque peu

amélioré la situation, mais certaines municipalités hésitent à adopter ces programmes.

PISCINES ET PLAGES PUBLIQUES

Les piscines et les plages publiques sont inspectées à intervalles réguliers, et après déposition d'une plainte au cours des mois d'été. Jusqu'à maintenant, les problèmes soulevés étaient moins graves que ceux qui se présentent dans les grands centres et les endroits qui attirent de nombreux touristes.

CAMPS D'ÉTÉ ET CENTRES DE VILLÉGIATURE

Les camps d'été sont inspectés tous les ans au point de vue de la salubrité générale, de la pureté de l'eau, de la qualité et de la manutention des aliments, afin de voir s'ils répondent aux normes exigées pour l'octroi des permis provinciaux. Ils sont inspectés une ou deux fois de plus s'ils sont ouverts pendant toute la saison des vacances. On n'a relevé aucun problème particulier.

ENLÈVEMENT DES ORDURES ET LUTTE CONTRE LES RONGEURS

L'enlèvement des ordures ne relève pas de l'unité sanitaire. Cependant, les dépotoirs municipaux sont inspectés de temps en temps, ou après déposition d'une plainte, afin qu'on puisse s'assurer que les mesures visant à faire disparaître les rongeurs et autres dangers pour la santé publique continuent d'être appliquées. Certaines municipalités emploient des méthodes acceptables de remblayage pour des motifs d'ordre sanitaire, mais la plupart n'ont que des services partiels de destruction des ordures et déchets. Certaines localités n'ont aucun système d'enlèvement des ordures à intervalles réguliers. La recherche de méthodes satisfaisantes de destruction des ordures et déchets prend une importance de plus en plus grande, particulièrement pour les localités urbaines.

LOGEMENT

L'inspection des logements afin de déterminer s'ils sont vraiment insalubres n'est faite qu'à la demande des autorités locales ou autres. Il est difficile de prouver l'insalubrité d'un logis. On croit qu'il devrait exister des lois plus précises quant aux normes générales relatives à l'habitation. Il existe un code national, mais certaines municipalités hésitent à l'appliquer. Une grande partie des problèmes rencontrés ne sont pas essentiellement d'ordre sanitaire, mais à cause du manque relatif de lois et d'argents locaux de la surveillance, ces problèmes sont assez souvent soumis à l'unité sanitaire.

POLLUTION DE L'AIR

La pollution de l'air présente un problème intermittent, et elle provient le plus souvent de feux non surveillés dans les dépotoirs municipaux. A Goderich, Direction de l'hygiène industrielle du ministère provincial de la Santé a aidé l'usine de raffinage du sel à établir un système de lutte contre la pollution de l'air.

Les poussières sont aussi une source d'ennuis pour certains secteurs résidentiels de Goderich voisins du port, et ces poussières sont attribuables au fonctionnement des élévateurs à grain et aux navires marchands qui circulent sur le lac Huron.

GÉNÉRALITÉS

L'un des problèmes les plus communs, en ce qui concerne la salubrité du milieu, provient de l'imprécision des définitions et des normes de la législation provinciale. Nous avons cru comprendre que ces lois faisaient actuellement l'objet d'une révision. Les nouveaux dangers qui menacent la santé publique et les modifications qui se sont produites dans la nature des anciens dangers prouvent q'une revision doit être effectuée à des intervalles réguliers.

On a mentionné qu'un vétérinaire-hygiéniste, avec la collaboration de bons inspecteurs sanitaires et grâce à un bon laboratoire, pourrait diriger un programme sérieux d'inspection des aliments et du milieu dans toute une région qui comprendrait plusieurs comtés ruraux. Actuellement, il y a peu de personnes qui possèdent cette formation et nombreuses sont les unités sanitaires rurales qui ne peuvent compter sur les services d'un vétérinaire-hygiéniste; cette situation empêche d'appliquer le mieux possible un grand nombre de programmes. On a aussi mentionné qu'il était nécessaire de donner plus de prestige aux inspecteurs sanitaires et d'uniformiser à l'échelle nationale la formation donnée à ces derniers, si l'on veut recruter en nombre suffisant des inspecteurs compétents.

Hygiène maternelle et infantile

PROGRAMME PRÉNATAL

Une série de cours prénataux est donnée deux ou trois fois par année dans les hôpitaux des cinq municipalités les plus importantes du comté. Les médecins locaux sont priés d'envoyer à l'unité sanitaire le nom des demmes enceintes qu'ils traitent, et on communique alors avec ces femmes au sujet des cours. Beaucoup de médecins les incitent à y assister. Environ 10 p. 100 des femmes enceintes le font. Les cours comportent une visite de l'hôpital où aura lieu l'accouchement. Jusqu'à maintenant, aucun cours n'a été donné à l'intention des futurs pères.

Les hôpitaux n'organisent pas de cliniques prénatales. Seuls les médecins de famille exercent la surveillance médicale nécessaire. Les infirmières-hygiénistes font des visites à domicile sur demande du médecin, afin de donner des directives aux futures mères[1]. En 1962, elles ont visité 306 femmes. Les infirmières de l'Ordre Victoria n'ont pas de programme de visites dans le comté de Huron.

PROGRAMME POSTNATAL

Il y a des bureaux d'infirmières-hygiénistes dans les quatre hôpitaux situés en dehors de Goderich. Les infirmières-hygiénistes visitent les mères qui viennent

[1] On exhorte ceux qui ne sont pas sous surveillance médicale à consulter un médecin.

d'accoucher dans les cinq hôpitaux régionaux et prennent les mesures nécessaires pour que ces dernières reçoivent une visite à domicile, le plus tôt possible après leur retour à la maison[1]. Ces visites ont pour but de leur enseigner à prendre soin de leur bébé. Elles se font depuis plusieurs années, et elles ont été approuvées par les médecins dès le début. Presque toutes les mères reçoivent une visite. On fait des visites supplémentaires au besoin. En général, ce programme reçoit un accueil favorable. A l'occasion des visites à domicile, les infirmières de l'unité sanitaire insistent sur l'importance du rôle que joue le médecin de famille, et leur collaboration avec les médecins de la municipalité est étroite, grâce en partie au fait qu'elles ont des bureaux dans les hôpitaux. D'autre part, dans un certain hôpital, l'infirmière surveillante a signalé que les contacts avec l'infirmière-hygiéniste et le nombre des mères envoyées à cette dernière étaient très limités.

CONSULTATIONS EN HYGIÈNE INFANTILE

Des consultations se tiennent tous les mois dans chacune des cinq localités les plus importantes, sauf au cours des mois de juillet et d'août. Autant que possible, leur personnel est composé de médecins locaux rémunérés selon le nombre de séances, et d'infirmières-hygiénistes, qui donnent aux enfants les premières injections de vaccin antivariolique et de quadruple antigène, ainsi que des injections de rappel. Les enfants qui ont besoin d'être traités sont dirigés vers les médecins de famille. En 1962, un total de 901 bébés et enfants ont été amenés à la clinique. Certains médecins préfèrent que les enfants qui sont sous leur soin soient immunisés de cette façon systématique. D'autres préfèrent immuniser les enfants eux-mêmes. L'expérience a révélé que certains médecins incitent leurs clientes à conduire leurs enfants aux consultations publiques, tandis que d'autres médecins craignent de perdre des clientes en agissant ainsi. En général, il a été plus facile de recruter des médecins pour travailler dans les consultations publiques lorsque ces médecins étaient seuls à exercer leur profession dans une localité. Tous les dossiers d'immunisation sont mis à la disposition des médecins de famille qui en font la demande. Il se produit parfois des frictions lorsqu'il s'agit d'obtenir des renseignements des médecins au sujet des enfants qui ont été conduits à la consultation publique. Un nombre à peu près constant de personnes se sont présentées à cette consultation au cours des dernières années, bien que peu d'enfants de plus de 18 mois y aient été amenés.

Les adultes peuvent se présenter aux consultations pour recevoir les vaccins contre la variole, le tétanos et la poliomyélite. On leur conseille, autant que possible, de s'adresser à leur médecin de famille à cette fin.

GARDERIES POUR BÉBÉS ET PENSIONS POUR LES MÈRES

Le comté de Huron ne compte aucune pension de ce genre détenant un permis.

[1] Un total de 595 bébés de moins de 2 semaines ont été visités, soit environ 54 p. 100 des bébés admissibles à cet examen. On ne possède aucun renseignement sur le nombre de bébés de moins de 4 semaines qui ont été visités en 1962. La proportion était d'environ 58 p. 100 en 1961. On trouvera à l'appendice I, renvoi 2, pp. 229-230, la méthode de calcul dont on s'est servi.

PROGRAMME D'HYGIÈNE POUR LES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE

Comme nous l'avons mentionné préalablement, les cliniques d'hygiène infantile sont ouvertes aux plus vieux des enfants d'âge préscolaire, mais en fait, peu d'enfants de plus de 18 mois y sont amenés, sauf pour les injections de rappel.

A la fin du printemps, l'unité sanitaire adresse une lettre aux parents des enfants qui entreront à l'école en septembre et qui habitent en dehors de Goderich. On les presse de conduire leurs enfants chez leur médecin de famille afin que ce dernier leur fasse subir un examen physique et leur donne les vaccins dont ils ont besoin[1]. On recommande aussi un examen des dents. On ne donne aucun soin spécial aux enfants dont les parents ne mettent pas ces recommandations en pratique. On visite cependant les écoles rurales au début de l'automne. Les enfants y sont superficiellement examinés par l'infirmière-hygiéniste, et toutes les défectuosités constatées sont signalées aux parents.

A Goderich, grâce à une entente spéciale avec la Commission scolaire, on a organisé des examens préscolaires faits conjointement par les écoles[2] et l'unité sanitaire. On demande aux parents de se rendre à l'école avec leur enfant. Les parents et les enfants y sont alors interrogés par l'institutrice de la classe maternelle, qui détermine la sociabilité de l'enfant et son degré de développement par rapport à son âge. L'infirmière-hygiéniste établit ensuite les antécédents médicaux de l'enfant, le mesure et le pèse. Enfin, le médecin-hygiéniste examine l'enfant rapidement et lui administre les inoculations nécessaires. Toute déficience exigeant un traitement est signalée aux parents, auxquels on demande instamment de conduire l'enfant chez leur médecin de famille. Le but principal de tous ces examens est l'éducation des parents dans le domaine de la santé, et la détection des défectuosités à corriger, y compris les affections dentaires, afin qu'on y remédie avant que l'enfant commence à fréquenter l'école. En 1962, 121 des 127 enfants qui allaient entrer à l'école sont venus se faire examiner accompagnés de leur père, de leur mère, ou des deux. Ce résultat est excellent.

Programme d'hygiène scolaire[3]

Les installations sanitaires, de même que les cantines s'il y en a, sont visitées à intervalles réguliers par les inspecteurs sanitaires de l'unité, ainsi que l'exigent les lois provinciales. Les autres services d'hygiène scolaire dépendent d'ententes entre le Bureau d'hygiène et les diverses commissions scolaires du comté.

---

[1] On a calculé que 75 p. 100 des enfants avaient été examinés en 1962.

[2] Les écoles publiques et les écoles séparées.

[3] En 1962, il y avait 166 écoles élémentaires qui comptaient un total de 9,801 élèves. Environ la moitié de ces élèves étudiaient dans des écoles rurales de 4 salles de cours ou moins (182 salles, en tout), et l'autre moitié des élèves étudiaient dans des écoles urbaines ou centrales d'au moins 5 salles de cours chacune (128 salles, en tout). Ce nombre comprend onze écoles élémentaires séparées. Il y avait environ 3,400 élèves dans 5 écoles secondaires régionales. Aucun service scolaire n'est fourni aux quelque 500 enfants de chacune des deux bases aériennes.

SERVICES DANS LES ÉCOLES PRIMAIRES

Les infirmières-hygiénistes consacrent une partie de leur temps à travailler dans les écoles urbaines du comté chaque semaine, d'après un horaire fixé d'avance. Les écoles élémentaires rurales sont visitées au cours du premier mois de l'automne. Par la suite, elles sont visitées tous les trois mois, ou plus fréquemment au besoin[1], comme par exemple, lorsqu'il arrive un nouveau professeur. Le personnel de l'unité sanitaire ne fait pas d'examens physiques systématiques dans les écoles. L'infirmière-hygiéniste reçoit les enfants qui lui sont envoyés par les instituteurs, et si elle juge qu'un examen est nécessaire, on conseille aux parents de mener leur enfant chez le médecin de famille. A Goderich seulement, l'enfant au sujet duquel on a fait cette recommandation et qui n'a pas été examiné après un certain temps est envoyé au médecin-hygiéniste, qui se charge de faire l'examen moyennant l'autorisation des parents. Autrement, seuls les enfants auxquels peuvent s'appliquer les règlements concernant les maladies contagieuses (comme par exemple lorsqu'il s'agit de diagnostic ou de renvoi de l'enfant à l'école) sont envoyés au médecin-hygiéniste.

Les examens de dépistage systématiques faits par les infirmières comprennent un examen de la vue au moyen du test visuel de Snellen et du tableau "Good-lite", 1re, 4e et 7e années. En collaboration avec le ministère provincial de la Santé, les tests tuberculiniques de Mantoux sont effectués tous les quatre ans; ces tests sont suivis d'une radiographie pulmonaire, pour ceux dont la réaction est positive. Aucun examen audiométrique ne se fait actuellement, mais on effectue de simples tests de la voix en 1re, 4e et 7e années.

On fait l'immunisation primaire avec le vaccin contre la variole, le vaccin Salk contre la poliomyélite et les toxoïdes antidiphtérique et antitétanique[2], et on administre des injections de rappel (généralement le triple antigène[3] ou d'autres antigènes[4] au besoin) tous les quatre ans. On donne un autre vaccin antivariolique aux enfants tous les cinq à sept ans.

Deux commissions scolaires[5] ont pris les mesures nécessaires pour l'examen et le traitement de tous les enfants chez les dentistes indépendants de la municipalité. La province rembourse 30 p. 100 des frais à ces commissions scolaires par l'intermédiaire du Bureau d'hygiène. Les autres districts du comté n'ont aucun programme d'hygiène dentaire scolaire; ils n'ont que l'enseignement général de l'hygiène.

ÉCOLES SECONDAIRES

Les infirmières-hygiénistes visitent les écoles secondaires une demi-journée par semaine. Elles n'examinent que les enfants envoyés par le corps enseignant

---

[1] Certaines n'ont que 12 à 15 élèves.

[2] Voir aussi p. 287.

[3] La toxoïde antidiphtérique, la toxoïde antitétanique et le vaccin antipoliomyélitique Salk.

[4] Le vaccin antipoliomyélitique Salk et les toxoïdes antidiphtérique et antitétanique.

[5] Les commissions des écoles publiques et des écoles séparées du canton d'Ashfield.

ou par les parents. Si un examen physique semble indiqué, on recommande aux parents de conduire l'enfant chez le médecin de famille. En dixième année, on procède à des examens systématiques de la vue et de la voix. Chaque année, on a recours à des tests de Mantoux à la tuberculine, pour tous les nouveaux élèves et pour ceux qui doivent terminer leurs études secondaires ou quitter l'école au cours de l'année. Les élèves qui ont des réactions positives et leurs familles sont suivis dans des dispensaires pulmonaires. Afin d'assurer l'immunisation, on fait des injections de rappel, comme dans les écoles élémentaires.

Une des sections du service de l'enseignement secondaire qui prend de plus en plus d'importance est celle du conseiller en hygiène personnelle. Les élèves de dixième année ont un entretien à ce sujet avec le conseiller, et ceux des autres classes peuvent en demander un n'importe quand. Une source constante d'inquiétude pour les écoles et l'unité sanitaire est la difficulté de trouver des conseillers compétents en psychiatrie et en psychologie, de même que des travailleurs sociaux pour les enfants qui ont besoin de l'aide de ces spécialistes pour résoudre leurs problèmes, mais qui ne sont pas vraiment malades. Les enfants gravement atteints sont envoyés à l'*Ontario Hospital* de London, ou à des psychiatres indépendants de cette même ville. Jusqu'en janvier 1963, il n'y avait pas de services d'hygiène mentale ni d'hôpital psychiatrique dans le comté de Huron. On a ouvert un nouvel hôpital psychiatrique communautaire de 300 lits[1] près de Goderich, qui est organisé pour traiter non seulement les malades hospitalisés mais aussi les malades externes, et offre un programme de soins pendant la journée.

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

Le programme est, en général, bien accueilli par les médecins et le public. Les médecins reçoivent un assez grand nombre de cas, à la suite de ce programme. La pénurie d'infirmières-hygiénistes et le grand nombre des petites écoles rurales ont eu pour résultat une certaine limitation du programme dans ces régions. Le personnel de l'unité sanitaire et les autorités scolaires aimeraient organiser un programme d'épreuves d'audiométrie, donner plus d'importance au service d'orientation dirigé par les infirmières dans les écoles secondaires, et prendre quelques dispositions au sujet des enfants d'âge préscolaire et des autres enfants qui sont adressés à leur médecin de famille, mais ne vont pas le consulter. Un autre problème, c'est qu'il n'existe pas de programme de soins dentaires préventifs dans la plupart des commissions scolaires régionales. Il est difficile de faire donner un traitement correctif aux enfants des familles à faible revenu et de celles qui bénéficient de l'assistance publique générale. Dans le dernier cas, seuls les frais d'extraction d'urgence sont couverts. Dans la pratique, il s'agit donc de trouver des clubs philanthropiques acceptant d'aider financièrement ces enfants à obtenir des soins, ou des dentistes indépendants qui consentent à fournir leurs services soit gratuitement, soit à prix réduit.

Le nouvel *Ontario Hospital* administré par la province à Goderich devrait résoudre les problèmes d'hygiène mentale qu'on rencontre chez les écoliers.

---

[1] Faisant partie du réseau d'hôpitaux de l'Ontario. Voir p. 318.

Il n'y a pas de classes spéciales, dans les écoles, pour les enfants handicapés, bien qu'on puisse obtenir certains articles d'équipement du ministère provincial de l'Éducation. Il existe une classe pour les cas spéciaux à l'école primaire de Goderich seulement; on l'appelle "classe d'enseignement correctif de la lecture". Pour les élèves dont les capacités ou les résultats scolaires sont faibles, et qui doivent être "retirés" de la classe de huitième année, on organisera, en 1963, des cours "de fin d'études" à l'école de Clinton. C'est une école centrale de formation professionnelle au service de tout le comté, à l'exception de la région de Wingham où une école semblable est en voie de construction et desservira le nord du comté de Huron et la région avoisinante du comté de Bruce. Il y a des écoles privées pour les enfants arriérés, à Wingham et à Goderich[1].

Enseignement de l'hygiène

Cela se fait surtout au cours d'entretiens personnels. On utilise les grands moyens d'information pour faire connaître des programmes spéciaux, dans le cas du vaccin Sabin, par exemple. Les membres du personnel prennent une part active à l'éducation populaire, en donnant des conférences au bénéfice des clubs philanthropiques féminins des paroisses, ou devant les groupements de parents et maîtres, sur les sujets d'hygiène qu'on leur a demandé de traiter. Par exemple, les infirmières-hygiénistes, à elles seules, ont pris la parole à 36 réunions.

Prévention des accidents

Il n'y a pas de programme spécial établi par l'unité sanitaire, mais les infirmières, soulignent les dangers d'accidents au cours de leurs visites à domicile. Dans aucun des hôpitaux régionaux, on n'a organisé de centre de toxicologie.

Infirmières-hygiénistes et soins à domicile

Il n'y a pas de service d'infirmières de l'Ordre de Victoria dans la région. Les infirmières-hygiénistes de l'unité sanitaire font habituellement une première visite, à la demande du médecin, aux cancéreux et aux vieillards. Elle ne peuvent s'engager à faire plus. Les cancéreux qui ont besoin de plus de soins sont orientés vers la section locale de la Société du cancer, qui prend les dispositions nécessaires, y compris une aide financière. Les infirmières-hygiénistes visitent aussi les malades que leur signale le bureau régional du ministère du Bien-Être social de l'Ontario et qui bénéficient de l'assistance-vieillesse, d'allocations aux invalides ou d'allocations aux mères nécessiteuses. Les infirmières s'occupent surtout, au cours de ces visites, de questions de diète, de surveillance médicale et s'il le faut, du placement du malade dans un foyer pour vieillards. Ce programme a été établi en octobre 1962. Il semble qu'un programme de soins à domicile soit un des besoins les plus urgents de cette région rurale. Pour le moment, les gens doivent s'entendre eux-mêmes avec des infirmières mariées de la région, lorsqu'ils ont besoin d'être soignés à la maison. Il est parfois difficile de conclure des arrangements satisfaisants, surtout dans les villes. L'unité

[1] Voir aussi p. 330.

sanitaire et la Société protectrice de l'enfance procèdent actuellement à une enquête pour déterminer dans quelle mesure un service de soins à domicile est nécessaire. L'unité sanitaire est disposée à donner des soins aux malades alités, mais ne pourra le faire à moins de disposer d'un personnel plus nombreux. Le programme essentiel, en hygiène publique, est actuellement entravé par la pénurie d'infirmières-hygiénistes.

On a remarqué que le besoin d'un service d'aides familiales se faisait sentir dans certaines circonstances. La petite congrégation de l'Église hollandaise réformée a organisé son propre service, mais dans les autres cas, les gens doivent essayer de s'organiser le mieux possible. Pour le moment, les membres de la famille et les voisins peuvent souvent aider, mais il est plus difficile de prendre les dispositions nécessaires quand il s'agit de maladies de longue durée. De plus, certaines personnes, dans les villes surtout, n'ont pas de famille qui peut les aider. C'est là un problème sérieux, en particulier pour les familles à faible revenu.

Soins posthospitaliers en psychiatrie[1]

Le service des soins posthospitaliers de l'*Ontario Hospital* de London notifie officiellement l'unité sanitaire, quand des malades de la région sont admis à l'hôpital psychiatrique ou quand ils en sortent. Les infirmières-hygiénistes font des visites posthospitalières à la demande du médecin de famille, ou si le malade n'a pas de médecin particulier, à la demande des membres du service des soins posthospitaliers, qui visitent la région une fois par mois. Depuis 1963, ce sont les infirmières-hygiénistes de l'unité qui visitent les malades dont s'occupaient auparavant les infirmières-hygiénistes du service des soins posthospitaliers. Actuellement, on est en train de mettre au point un programme de soins posthospitaliers, en collaboration avec le nouvel *Ontario Hospital* de Goderich.

Inspection des maisons pour convalescents et malades chroniques

Le personnel de l'unité inspecte les six maisons de ce genre qui existent dans la région, pour voir si elles se conforment aux exigences du comté quant au personnel et aux installations sanitaires. Ces institutions sont visitées une fois par année par le médecin-hygiéniste et par les inspecteurs sanitaires, et quatre fois par année par les infirmières-hygiénistes. Les infirmières visitent aussi parfois certains malades particuliers.

On a visité une de ces maisons, qui détenait un permis. Parmi les difficultés mentionnées, on a cité le manque de fonds. En effet, il faudrait plus d'argent pour permettre aux administrateurs d'améliorer le système de tout-à-l'égout, d'agrandir les locaux et de fournir des médicaments aux malades indigents et à ceux dont le revenu est peu élevé. Pour les malades qui bénéficient de l'assistance publique générale le ministère provincial du Bien-être social paie $4 par jour. Cette allocation n'est pas suffisante pour payer les médicaments[2]. Les cancéreux incapables de payer leurs médicaments les reçoivent de la section locale de la Société

[1] Voir aussi pp. 319-320.

[2] La somme de $6.50 par jour a été jugée plus satisfaisante.

canadienne du cancer[1]. Une autre difficulté, c'est qu'on soigne dans les maisons de convalescence des malades qui devraient, sans cela, rester à l'hôpital; cependant, ces maisons ne sont généralement pas reconnues par la Commission des services hospitaliers de l'Ontario, qui ne leur paie aucune compensation pour les soins donnés. La Commission tente de faire sortir les malades des hôpitaux généraux, lorsqu'un traitement actif ne peut plus améliorer leur état; mais les malades hésitent à partir, sachant que l'assurance ne couvre pas les soins donnés dans les maisons de convalescence. On a proposé que ces maisons reçoivent une aide en capital qui leur permette d'atteindre les normes hospitalières établies, et qu'ensuite la Commission leur rembourse les frais de tous les soins, selon un tarif satisfaisant par jour de maladie.

Plusieurs des personnes interrogées pensaient que les maisons de convalescence devraient être étroitement associées aux hôpitaux, afin qu'elles soient bien surveillées et pour faciliter le déplacement des malades d'un établissement à l'autre. On a fait remarquer que plusieurs maisons de convalescence ne donnaient que des soins limités, étaient surchargées de malades et ne remplissaient que les conditions minimales requises pour l'obtention d'un permis. Très peu d'entre elles étaient organisées de façon à pouvoir soigner les jeunes malades chroniques.

Service social de l'hôpital

Il n'y a pas de service social proprement dit dans les hôpitaux; cependant, comme il y a des bureaux d'infirmières-hygiénistes dans quatre hôpitaux, quelques médecins utilisent, dans une certaine mesure, les services de ces infirmières pour réunir les renseignements nécessaires sur les malades et prendre des dispositions à leur sujet. L'unité est prête à développer ce service, pourvu que les infirmières aient le temps de s'en occuper. Il semble que si on attachait à l'unité sanitaire un travailleur social diplômé, cela représenterait une aide considérable non seulement pour l'unité elle-même, mais aussi pour tous les médecins et les hôpitaux de la région.

Collaboration avec les autres services d'hygiène communautaires

Le médecin-hygiéniste est membre consultant du conseil de l'Association antituberculeuse du comté de Huron. On a établi de bonnes relations avec les clubs philanthropiques[2], la Société d'aide à l'enfance[3] et les autorités locales du bien-être social[4]. A London, les soins à domicile sont donnés au cours de visites, faites à la demande de l'infirmière de district de l'*Ontario Society for Crippled Children,* ou par cette infirmière[5]. Des visites se font aussi à la demande de

[1] Voir p.330.

[2] Voir p. 334.

[3] Voir p.327.La surveillante des infirmières-hygiénistes est membre associé du conseil de la Société d'aide à l'enfance.

[4] Voir pp. 321-322.

[5] Voir p. 331.

l'*Ontario Rehabilitation Foundation for the Disabled*[1], qui a des services de consultation à London. *The Ontario Cancer Treatment and Research Foundation* tient des consultations posthospatilières deux fois par mois au *Wingham Hospital.* L'unité sanitaire ne s'occupe pas directement de ces consultations, mais ses infirmières font des visites à domicile à la demande du médecin de famille.

Les médecin-hygiéniste est membre de l'association médicale du comté[2] et du personnel de l'hôpital de Goderich. Ses relations avec les autres médecins sont cordiales. La plupart des médecins soutiennent activement les efforts de l'unité sanitaire et utilisent ses services pour leurs malades. Cependant, certains médecins n'ont que de rares relations avec l'unité.

MÉDECINS

Généralités

Trente-trois médecins civils pratiquent leur profession dans le comté de Huron[3]. Il existe quatre petits groupements ou associations de médecins, mais la plupart de ces derniers ont une clientèle privée dont ils s'occupent seuls. Deux médecins ont des diplômes de spécialistes du Collège royal et pratiquent à la fois la chirurgie générale et la médecine générale[4]. Un troisième chirurgien général diplômé exerce uniquement en tant que spécialiste, depuis 1962, à Goderich. Un quatrième chirurgien exerce à titre de radioloque, tout en pratiquant la médecine générale de façon restreinte[5]. Trois médecins sont semi-retraités et l'un d'entre eux est le médecin attitré du foyer pour vieillards du comté, Huronview. Un autre médecin, le médecin-hygiéniste, travaille à plein temps en hygiène publique. Il y a aussi cinq médecins établis dans des localités des comtés avoisinants, qui ont une importante clientèle et qui font partie du personnel des hôpitaux du comté de Huron. Il existe dans le comté une active association médicale.

Les bases de l'Aviation royale canadienne ont leurs propres services médicaux, fournis par cinq médecins. Ils utilisent rarement les services des médecins ou des hôpitaux locaux pour les personnes qui sont sous leurs soins.

Un assez grand nombre d'omnipraticiens font un peu de chirurgie générale. Presque tous font de petites opérations et des accouchements. On envoie les tuberculeux au sanatorium *Beck Memorial* de London, dont nous avons déjà décrit les services de diagnostic et de soins posthospitaliers. Les malades mentaux sont envoyés à London, pour diagnostic et traitement, soit chez des psychiatres indépendants, soit à l'*Ontario Hospital.* Avec l'ouverture d'un nouvel hôpital provincial à Goderich, il est probable qu'une forte proportion des malades qui ont

---

[1] Voir p. 332.

[2] Ancien président et secrétaire pendant les quatre dernières années.

[3] En novembre 1962, il y en avait dix à Goderich, dont sept avaient une clientèle privé, quatre à Clinton, six à Wingham, quatre à Exeter, cinq à Seaforth et cinq dans de petites localités.

[4] Un à Goderich et un à Clinton.

[5] A Goderich.

besoin de soins spéciaux, sinon la plupart de ces malades, seront dirigés vers cet hôpital, sauf lorsqu'il s'agira de gens qui résident dans le sud du comté.

Pour les interventions chirurgicales importantes et les autres traitements ou examens spéciaux, les malades sont envoyés à London. Quelques-uns sont dirigés vers des spécialistes de Stratford ou de Toronto. Pour les cas de cancer, le traitement par la chirurgie et la radiothérapie se fait soit à l'hôpital *Princess Margaret* de Toronto, soit à l'hôpital Victoria de London. La *Cancer Research and Treatment Foundation* administre le premier de ces hôpitaux, ainsi qu'un service de diagnostic et de radiothérapie à London. Un membre du personnel médical de l'hôpital Victoria donne deux fois par mois, à Wingham, des consultations post-hospitalières au bénéfice des cancéreux.

Une fois par semaine, un radiologue de London vient à l'hôpital de Wingham pour s'occuper des travaux de diagnostic. Toutes les radiographies révélant des fractures ou d'autres anomalies sont envoyées à London, où elles sont interprétées. A Goderich, les travaux de radiologie et les interprétations sont faits par le radiologue qui exerce dans la ville. Dans les trois autres hôpitaux, les radiographies de diagnostic sont faites par un radiologue itinérant, qui a un contrat avec ces hôpitaux; les autres films sont envoyés aux radiologues de Stratford et de London, qui les interprètent. A l'occasion, des spécialistes en chirurgie ou en gynécologie de London visitent les hôpitaux locaux, quand on les invite à le faire; cependant, en règle générale, la plus grande partie de ce travail est faite par des médecins locaux, ou bien le malade est envoyé à London ou ailleurs. Aucun des organismes bénévoles qui s'occupent de questions de santé n'a de service de diagnostic, à l'exception des consultations pour maladies pulmonaires qu'on trouve dans le comté, et dont nous avons déjà parlé[1].

Commentaires

Dans la région, il y a un bon nombre d'omnipraticiens, qui exercent surtout seuls et à titre indépendant. Même les plus petites agglomérations désirent avoir leur propre médecin local. Il y a en outre quelques groupes ou associations de médecins, dont aucun ne comprend plus de trois membres et qui tentent de desservir non seulement une ville, mais tout le territoire environnant. Il existe entre les médecins une certaine collaboration, qui varie selon l'endroit et selon les individus. Certaines personnes interrogées, qui ne faisaient pas partie de la profession médicale mais qui étaient au courant de la situation, ont parfois souligné les bonnes relations qui existaient entre les médecins de leur région. A d'autres occasions, on a fait remarquer que le peu de collaboration entre les médecins créait des problèmes, surtout dans un hôpital local. Généralement, les médecins appartiennent seulement au personnel de l'hôpital le plus rapproché. Dans les cinq localités qui possédaient des hôpitaux, les médecins, tout comme les habitants de la région, faisaient preuve d'un certain esprit de clocher à l'égard de leur hôpital. On a l'impression que bien des gens verraient à regret leur hôpital perdre sa qualité d'hôpital général et devenir le satellite d'un hôpital central situé à Goderich, Wingham ou Clinton.

[1] Voir p. 285.

Une des caractéristiques de la région est le nombre relativement restreint des spécialistes diplômés, à l'exception des chirurgiens. Bien que beaucoup de malades soient envoyés dans les grands hôpitaux de l'extérieur, on traite certains cas qui, dans de plus grandes localités, seraient réservés à des médecins possédant une formation et des diplômes spéciaux. De plus, il y a des cas d'urgence où les malades sont trop gravement atteints pour qu'on puisse les transporter à London ou à Stratford. Cela doit se faire, cependant, ou alors, le médecin local doit se charger du traitement. La plupart des médecins accueilleraient avec plaisir des collègues spécialistes, surtout en biologie médicale et en radiologie. Quelques-uns souhaiteraient la présence de spécialistes en chirurgie générale, en obstétrique et en gynécologie, en pédiatrie, en oto-rhino-laryngologie, en ophtalmologie et en médecine interne, à condition que ces derniers n'exercent pas ou n'exercent que très peu la médecine générale. L'arrivée de spécialistes dans la région semble être redoutée par certains médecins, parce que cela pourrait limiter le champ du travail qu'ils accomplissent actuellement. Étant donné les tendances qui se manifestent actuellement dans la région, il n'est pas facile, pour un spécialiste, de restreindre son travail à sa spécialité, sinon dans les domaines auxiliaires de la radiologie et de la biologie médicale. Il sera intéressant d'observer comment un chirurgien, arrivé depuis peu dans cette région et décidé à n'exercer que sa spécialité, réussira à réaliser son projet[1]. Un certain nombre de profanes interrogés à ce sujet aimeraient qu'on puisse obtenir plus facilement les services des spécialistes essentiels, et que ces services soient réunis dans le plus grand centre urbain et hospitalier, Goderich. Les villes situées à proximité de London et de Stratford préféreraient encore utiliser les services des spécialistes de ces deux villes.

Les médecins entretiennent généralement de bonnes relations avec l'unité sanitaire. Quelques-uns d'entre eux utilisent largement ses services et travaillent à temps partiel dans ses consultations. D'autres ont avec elle des rapports moins fréquents. Des bonnes relations existent aussi avec le sanatorium *Beck Memorial*, de London. On a exprimé une certaine inquiétude quant au peu de communications et de rapports envoyé par l'*Ontario Hospital* de London, au sujet des malades admis ou sortants. La section psychiatrique de l'Hôpital Victoria fait parvenir de fréquents rapports.

A London, parmi les problèmes signalés par les médecins, on a noté la difficulté d'obtenir les services d'infirmières à domicile, étant donné que seule l'unité sanitaire a officiellement mis en oeuvre un programme d'envergure limitée. Il est particulièrement difficile de trouver des personnes capables de faire des pansements, d'irriguer les colostomies, etc. Une autre question se pose, étroitement liée à ce problème: comment obtenir les services d'aides familiales pour les gens à faible revenu et pour les indigents. Les gens plus à l'aise peuvent trouver une solution à ce problème.

Des établissements autres que les hôpitaux généraux sont nécessaires pour les malades chroniques, puisqu'un petit nombre seulement de ces derniers ont besoin

---

[1] Voir pp. 305-306.

d'être soignés à l'hôpital. Actuellement, les allocations prévues par la Commission des services hospitaliers de l'Ontario ne couvrent pas les frais de pension dans des maisons de convalescence, bien que le ministère provincial du Bien-être social rembourse en partie les frais des soins donnés aux malades indigents, dans les maisons de convalescence qui détiennent un permis. Ce montant est peu élevé et permet difficilement de soigner les malades selon les normes hospitalières établies. C'est pourquoi les médecins, tout comme les familles des malades, préfèrent que ces derniers restent à l'hôpital. Il n'y a pas d'installations destinées aux jeunes personnes atteintes de maladies chroniques et qui n'ont pas besoin d'être soignées dans les hôpitaux généraux. A l'exception d'un service de l'hôpital Wingham, qui emploie un physiothérapeute à plein temps, il n'y a, dans le comté, aucune installation spéciale destinée aux convalescents ou à la réadaptation. L'hôpital de Stratford a un service de physiothérapie où l'on peut envoyer des malades.

La seule institution destinée aux vieillards à demi séniles ou malades est le foyer pour vieillards du comté. Le comté a donc tendance à les y garder, bien que ce foyer ne soit pas vraiment destiné à des personnes qui ont besoin de soins infirmiers; en effet, la Province paie plus pour leur entretien que s'ils séjournaient dans une maison de convalescence.

On a aussi fréquemment déploré le manque de services de consultation et de traitement pour les malades mentaux. Le nouvel hôpital de Goderich, administré par la province, comblera probablement cette lacune.

DENTISTES

Huit dentistes exercent leur profession dans le comté de Huron[1]. Aucun d'entre eux n'est un spécialiste. Dans cette région, on a de la difficulté à obtenir un nombre suffisant de dentistes, ou même à remplacer ceux qui prennent leur retraite ou qui meurent. Bien qu'un certain nombre de personnes se fassent traiter en dehors de la région, les dentistes sont extrêmement occupés actuellement. Les listes d'attente sont longues et certains dentistes ne donnent des traitements d'urgence qu'aux personnes qui viennent de l'extérieur de la ville ou de la région immédiatement avoisinante. Dans ces circonstances, il est difficile de rester dans les normes fixées pour la profession. Les familles à faible revenu ont de la difficulté à obtenir des soins dentaires. Un programme de soins dentaires préventifs, établi par l'unité sanitaire, n'a pas été mis en oeuvre; il serait en effet inutile de chercher à savoir quels enfants ont besoin de soins dentaires, à moins que les services de traitement ne soient suffisants pour répondre aux besoins. L'unité sanitaire coopère activement avec les organismes dentaires provinciaux et avec la Faculté d'art dentaire de l'université de Toronto, pour tenter d'améliorer la situation[2]. La plupart des personnes interrogées considèrent la pénurie de dentistes comme le problème le plus sérieux de la région, en matière de santé publique.

---

[1] Situation en janvier 1963: Goderich - 3, Exeter - 2, Wingham - 2, Clinton - 1.

[2] On a obtenu un dentiste de cette façon à Seaforth; cependant, en janvier 1963, il n'était pas encore arrivé. On avait quelque difficulté à lui trouver un logement convenable dans la ville.

AUTRE PERSONNEL PROFESSIONNEL ET TECHNIQUE

Le nombre des infirmières autorisées et des techniciens en biologie médicale ou en radiologie est insuffisant. Il est difficile ou impossible d'obtenir les services de diététiciens, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, d'archivistes médicaux et de travailleurs sociaux diplômés. Sans les femmes mariées qui possèdent une formation dans certains de ces domaines, la situation serait pire encore.

HÔPITAUX

Cinq hôpitaux généraux sont la propriété d'organismes laïques, dans le comté de Huron. Ce sont les hôpitaux suivants: l'*Alexandra Marine and General Hospital*, à Goderich, le *Wingham and District Hospital*, le *Clinton Public Hospital*, le *South Huron Hospital*, à Exeter, et le *Scott Memorial Hospital*, à Seaforth.

Alexandra Marine and General Hospital, Goderich

L'hôpital a une capacité théorique de 95 lits et de 22 berceaux[1].

En 1962, l'hôpital a été occupé, en moyenne, à 78 p. 100 de sa capacité. Le conseil de l'hôpital compte 18 membres[2]. L'administrateur de l'hôpital a suivi le cours d'administration hospitalière offert par la *Canadian Hospital Association*. Le personnel non médical compte 111 membres, répartis de la façon suivante[3]:

infirmières autorisées	26
infirmières auxiliaires autorisées	18
autre personnel infirmier auxiliaire	20
diététiciennes diplômées	1
techniciens autorisés en radiologie	1
techniciens de laboratoire non autorisés	1
autres membres du personnel[4]	44

Le nombre des infirmières est parfois très restreint, mais on a finalement réussi à en obtenir suffisamment. Il y a dans la ville quelques 35 infirmières autorisées qui, bien que mariées, peuvent à l'occasion fournir leurs services. Quelques infirmières du Royaume-Uni font aussi partie du personnel, mais elles ne restent généralement que durant une année environ, avant de s'en aller dans une autre localité.

Le personnel médical comprend les huit médecins qui exercent à Goderich; l'un d'entre eux est un chirurgien diplômé qui exerce la profession de radiologue,

---

[1] En 1962, il y avait 69 lits pour usage général, 24 lits pour malades chroniques et 2 lits pour malades mentaux. En moyenne, on disposait de 95 lits, cette année-là.

[2] Parmi ceux-ci, neuf représentent respectivement: le comté (1), Goderich (1), le canton de Colborne (1), le canton de Goderich (1), le canton de West Wawanosh (1), le Women's Hospital Auxiliary (1), les infirmières diplômées de Goderich (1), l'Association médicale de Goderich (2). Il y a neuf autres membres, dont trois sont nommés chaque année pour un mandat de trois ans.

[3] A la fin de 1962.

[4] Préposés à l'entretien, comis, personnel des cuisines et infirmières auxiliaires.

et deux autres sont des chirurgiens diplômés qui exercent leur spécialité. Le médecin-hygiéniste fait partie du personnel et du Comité de la prévention des infections. Les rapports entre l'unité sanitaire et l'administration de l'hôpital sont étroits et fréquents. On demande aussi au personnel de l'unité sanitaire de surveiller la manutention des aliments et les conditions sanitaires en général, à la cuisine et à la salle à manger. Les infirmières-hygiénistes donnent des cours d'hygiène prénatale à l'hôpital et visitent les malades à la maternité. Le personnel médical se réunit en assemblée générale une fois par mois, et il y a aussi plusieurs comités officiels dont les membres font partie du personnel. Ces derniers se réunissent seulement de temps en temps, quand des difficultés surgissent. Il n'y a pas de médecin-chef officiel. L'hôpital est ouvert à tous les médecins et, de l'avis du conseil, les médecins ne tiennent pas à ce que les règlements relatifs au personnel médical soient appliqués trop strictement. Il a cependant été possible d'établir un règlement général et des ordres permanents pour le personnel non médical.

La partie la plus ancienne de l'hôpital a été construite en 1906 et contient les bureaux de l'administration, les lits pour malades chroniques et neuf chambres privées. Une nouvelle aile, très bien équipée, a été ouverte en 1958 et contient la salle d'opération, le service de radiologie, le laboratoire et la cuisine, ainsi que d'autres services, le reste des lits et la pouponnière. Tous les prélèvements de tissus sont envoyés au médecin biologiste de Stratford. Comme il n'y a pas de médecin biologiste pour surveiller le laboratoire, on n'y fait que les travaux les plus courants[1]. Les examens plus compliqués se font dans un laboratoire rattaché au ministère de la Santé de l'Ontario, laboratoire dirigé, à Stratford par un médecin biologiste. Le bureau régional de la Croix-Rouge de London s'occupe des réserves de sang destinées aux transfusions. Les lits du service psychiatrique sont réservés aux malades mentaux qui ne doivent faire qu'un court séjour à l'hôpital. Les installations de radiologie sont modernes et placées sous la surveillance du radiologue appartenant au personnel. L'hôpital aimerait se procurer les services d'un physiothérapeute qui travaillerait à temps partiel, et établir un véritable système d'archives médicales. Il ne peut payer les services d'un archiviste médical diplômé, mais pourrait employer une personne qui posséderait une formation moins complète, pourvu qu'elle soit surveillée par quelqu'un de compétent.

Le conseil d'administration de l'hôpital et le personnel aimeraient faire reconstruire le plus tôt possible la partie la plus ancienne de l'établissement; ils ont déjà obtenu environ $60,000 grâce à des dons et au prix payé par les malades en chambres privées ou semi-privées. On a estimé le prix du nouvel édifice à $320,000 environ, et on pense obtenir du gouvernement fédéral et du gouvernement provincial des subventions de $2,000 chacune ainsi que $2,000 du comté et des conseils municipaux réunis. On espère non seulement installer 40 lits dans la nouvelle section, mais encore, réserver de la place à l'équipement nécessaire aux spécialistes qui viendront peut-être s'ajouter au personnel. On a aussi proposé de réserver de l'espace aux bureaux de l'unité sanitaire, pourvu qu'on puisse obtenir des fonds supplémentaires. Le reste des capitaux destinés à la construction des locaux et à

[1] Un peu de biochimie, de bactériologie et d'histologie.

l'acquisition d'équipement spécial devra provenir de la région même, sous forme de dons privés ou provenant de clubs philanthropiques et de l'allocation de dépréciation sur l'équipement ancien, accordée par la Commission des services hospitaliers de l'Ontario.

L'administrateur et le conseil d'administration de l'hôpital aimeraient établir des relations plus étroites avec les autres hôpitaux du comté; ils aimeraient aussi que l'hôpital devienne le centre hospitalier de la région, grâce à un personnel et à un équipement plus spécialisés. Pour le moment, on ne le considère que comme un hôpital local.

Un des premiers problèmes à résoudre est celui que posent les vieillard atteints de maladies chroniques mais qui peuvent cependant quitter leur lit et qui n'ont plus besoin des soins donnés dans un hôpital général. Comme il n'existe ni service d'aides familiales, ni services complets d'infirmières visiteuses, il est difficile pour ces vieillards de rentrer chez eux. Le foyer du comté, Huronview, est destiné aux vieillards en bonne santé. De plus, les gens sont assurés contre les frais encourus à l'hôpital, mais non contre ceux qu'entraînent d'autres sortes de soins, et par conséquent, hésitent à quitter l'hôpital.

De l'avis de l'administrateur, il faudrait organiser sur place des cours de formation pour les membres du personnel, afin de tenir ces derniers au courant des derniers progrès de la médecine et de former aussi les employés subalternes. De même, il serait utile de prendre les dispositions nécessaires pour faire suivre des cours postuniversitaires spéciaux aux infirmières du personnel. On espère que l'hôpital finira par remplir les conditions posées par le Conseil canadien de l'accréditation des hôpitaux.

L'hôpital a établi de bons rapports avec le public. L'Association ambulancière Saint-Jean utilise ses locaux pour les cours de premiers soins et de soins à domicile.

Wingham and District Hospital

L'hôpital a une capacité théorique de 93 lits et de 10 berceaux[1]. En 1962, il avait quelque 63 lits pour usage général, 67 lits pour maladies chroniques et 12 berceaux[2]. En 1962, la proportion moyenne des lits occupés était d'environ 98 p. 100[3]. Le conseil d'administration de l'hôpital est formé de 15 membres[4]. L'hôpital

[1] En 1962: 25 lits pour les soins médicaux et chirurgicaux, 10 pour les accouchées, 6 pour les enfants, 2 pour les malades mentaux, 2 pour les contagieux, 48 pour les malades chroniques, et 10 berceaux.

[2] Selon le rapport paru dans le *Canadian Hospital Directory* de 1962. A l'hôpital, on juge ces chiffres un peu trop élevés.

[3] Peut s'élever à 130 p. 100 dans certains services, comme ceux des maladies chroniques et des soins médicaux-chirurgicaux.

[4] Onze membres qui représentent: le comté (1), les neuf municipalités locales (1 pour chacune d'entre elles) et le personnel médical (1). Quatre membres élus, deux par année pour un mandat de deux ans.

a une infirmière-administratrice. Le personnel non médical employé à plein temps compte 140 membres, qui sont répartis de la façon suivante[1]:

infirmières autorisées	19
infirmières diplômées (non autorisées)	3
infirmières auxiliaires autorisées	40
infirmières auxiliaires non autorisées	4
infirmiers auxiliaires non autorisés	4
physiothérapeute[2]	1
archiviste médical	1
technicien autorisé en radiologie	1
technicien non autorisé en radiologie	1
techniciens non autorisés en biologie médicale	2
autres membres du personnel[3]	64

L'effectif en infirmières autorisées est limité, et si on n'avait pas recours aux services des infirmières mariées de la région et à ceux de nombreuses infirmières auxiliaires autorisées et aides-infirmières, il y aurait de graves problèmes de personnel. Il est presque impossible d'obtenir les services de techniciens autorisés en biologie médicale ou en radiologie. L'hôpital emploie surtout des techniciens formés dans la région, mais qui ne sont pas officiellement autorisés; cependant, il emploie un technicien autorisé en radiologie.

L'hôpital est ouvert à tous les médecins. Le personnel médical compte 10 membres et comprend tous les médecins de Wingham et des localités avoisinantes des comtés de Huron et de Bruce. Il se réunit en assemblée générale une fois par mois. Il existe plusieurs comités, formés de membres du personnel, qui tiennent des réunions spéciales quand des problèmes surgissent. Il y a un médecin-chef officiel. Le médecin-hygiéniste ne fait pas officiellement partie du personnel hospitalier mais les rapports avec l'unité sanitaire sont bons. Il y a un bureau d'infirmières-hygiénistes à l'hôpital. L'infirmière attachée à ce bureau donne des cours d'hygiène prénatale et visite les nouvelles accouchées. La technicienne en biologie médicale de l'hôpital est maintenant chargée de surveiller la manutention des aliments et les conditions sanitaires de la cuisine.

L'hôpital a été ouvert en 1906, dans une ancienne résidence particulière. En 1946, on y a ajouté une aile moderne, qui contient maintenant la salle d'opération, le service de radiologie, le laboratoire, les bureaux de l'administration et d'autres services, ainsi que les lits pour le traitement des maladies aiguës. Les lits pour maladies chroniques sont placés dans une aile construite en 1955-1956. Tous les prélèvements biologiques (tissus) sont envoyés au médecin biologiste de Stratford, qui est aussi le spécialiste chargé de surveiller le laboratoire de l'hôpital de Wingham. On y fait les examens bactériologiques et cliniques les plus simples. Les examens plus compliqués se font au laboratoire de l'hôpital général de Stratford,

---

[1] A la fin de 1962.

[2] En janvier 1963.

[3] Employés à la cuisine, à la buanderie, dans les bureaux, à l'entretien et à l'administration.

qui est aussi un laboratoire rattaché au ministère de la Santé de l'Ontario et est dirigé par un médecin biologiste. Les radiographies de fractures et les autres travaux ordinaires de radiographie sont faits par les techniciens et par les médecins appartenant au personnel de l'hôpital. Les films sont envoyés à un radiologue de London, afin qu'il en confirme l'interprétation. Une fois par semaine, un radiologue vient de London pour faire les examens spéciaux de diagnostic, par exemple les repas et lavements barytés, etc. Les opérations chirurgicales importantes ou très spécialisées, comme les opérations sur l'oeil, se font à London. Deux fois par mois, on tient à l'hôpital, une consultation posthospitalière pour cancéreux, organisée par le personnel de l'*Ontario Cancer Research and Treatment Foundation* de London. Les rendez-vous sont fixés par l'entremise de cette consultation. Environ 40 personnes suivent chaque consultation. Le bureau de la Croix-Rouge de London se charge des réserves de sang pour les transfusions; des "banques de sang" auxquelles peuvent se présenter les donneurs sont organisées régulièrement à Wingham.

L'hôpital offre un cours, reconnu par la province, pour la formation d'infirmières auxiliaires autorisées. Le cours dure dix mois, et il y a de la place pour 30 étudiantes à chaque cours. Les places sont généralement toutes occupées.

A part la difficulté de se procurer du personnel, on a mentionné celle d'obtenir des soins médicaux spéciaux dans les cas graves d'urgence. S'il est possible de transporter le malade à London, on le fait, puisqu'il y a deux services d'ambulance à Wingham. Cependant, cela ne peut pas toujours se faire; les médecins locaux doivent alors soit essayer de s'occuper eux-mêmes du malade, soit tenter de faire venir un spécialiste de London ou de Kitchener. On juge qu'il faudrait pouvoir se procurer plus facilement les services d'un spécialiste, surtout dans des cas semblables.

Un autre problème concerne les services aux vieillards qui exigent plus de soins qu'ils ne peuvent en recevoir au foyer du comté, à Huronview, mais qui n'ont pas besoin d'être soignés dans un hôpital général. On manque de services de soins à domicile, ainsi que d'établissements pour vieillards. Dans une maison de convalescence privée du voisinage, on donne certains soins seulement, sous la surveillance d'une infirmière autorisée, mais cette maison est généralement bondée.

L'infirmière-administratrice pense que l'hôpital a surtout besoin de plus de lits et de plus d'espace.

Scott Memorial Hospital, Seaforth

L'hôpital a une capacité théorique de 33 lits et de 7 berceaux[1]. En juin 1962, 48 lits étaient disponibles pour usage général et il y en avait huit pour malades chroniques. La proportion moyenne des lits occupés était de 96 p. 100 en 1962[2].

---

[1]En 1962.

[2]Proportion des lits occupés dans les divers services:
Soins médicaux-chirurgicaux: 16.5 p. 100 (inclus, lits pour malades chromiques).
Obstétrique: 45.4 p. 100.
Pouponnière: 43.2 p. 100.
Pédiatrie: 59.7 p. 100.

Le conseil d'administration de l'hôpital est formé de 16 membres[1]. L'hôpital a une infirmière-administratrice. Le personnel non médical employé à plein temps compte 38 membres, répartis de la façon suivante[2]:

infirmières autorisées	10
infirmières diplômées (non autorisées)	2
infirmières auxiliaires autorisées	5
autre personnel infirmier auxiliaire	3
techniciens non autorisés en radiologie	2
autres membres du personnel[3]	16

Presque toutes les infirmières sont mariées et travaillent chaque semaine pendant un nombre d'heures variable. Sans leurs services, la situation serait grave. On utilise largement les services de personnel auxiliaire. Il est presque impossible d'obtenir des techniciens autorisés; on doit donc employer surtout des techniciens formés sur place, mais non autorisés.

L'hôpital est ouvert à tous les médecins et le personnel médical régulier compte cinq membres. Il comprend tous les médecins de Seaforth et ceux des localités avoisinantes. Le personnel médical se réunit une fois par mois environ, en séances qui n'ont pas caractère officiel. Il n'y a pas d'autres comités ni de médecin-chef officiel. Les médecins hésitent à établir des règles plus rigides en ce qui concerne leur propre groupe, parce qu'ils se considèrent comme égaux. Le personnel administratif n'a pas réussi à établir un système satisfaisant d'archives médicales. Le médecin-hygiéniste n'est pas officiellement membre du personnel médical mais les rapports avec l'unité sanitaire sont bons. Il y a un bureau d'infirmières-hygiénistes à l'hôpital. L'infirmière y attachée donne des cours d'hygiène prénatale sur demande et visite les malades de la maternité. On demande périodiquement au personnel de l'unité de surveiller la manutention des aliments et les conditions sanitaires dans la cuisine.

L'hôpital est logé en partie dans une vieille maison reçue en don en 1929, et en partie dans une aile neuve construite en 1947. Les deux bâtiments ne répondent pas du tout aux besoins actuels et présentent, de plus, des risques d'incendie. On est en train de terminer les plans d'un hôpital de 48 lits, qui remplacera tout le bâtiment actuel. On estime qu'il faudra $662,000 pour la construction seulement. Pour réunir cette somme, on espère recevoir environ $331,000 en subventions fédérale et provinciale, et environ $96,000 du conseil du comté. Le reste, soit environ $235,000, ainsi que le prix de l'équipement, devra provenir d'une campagne locale de souscription[4] et d'autres sources privées. Jusqu'à présent, le comté a

[1]Huit membres élus à l'assemblée annuelle de l'association de l'hôpital:—
1 membre nommé par le personnel médical,
5 membres nommés par les conseils municipaux de la région,
1 membre désigné par le comté et
1 secrétaire-trésorier.

[2]A la fin de 1962. On utilise aussi très souvent du personnel à temps partiel, quand c'est nécessaire et quand on peut en trouver.

[3]Employés à la cuisine, à la buanderie et à l'entretien, et personnel administratif.

[4]Au cours d'une campagne pour réunir les fonds destinés à la construction, on avait déjà obtenu des promesses de dons pour un montant total de $100,000, en février 1963.

refusé de donner plus de $2,000 par lit. De plus, bien que les deux tiers des malades demeurent à l'extérieur de Seaforth, les cantons avoisinants n'offrent aucune aide financière directe à l'hôpital. Certaines opérations chirurgicales importantes se font à l'hôpital, quoique les installations soient restreintes. La plupart des opérations graves se font à Stratford ou à London.

Tous les prélèvements biologiques sont envoyés au médecin biologiste de Stratford, ville située à quelque 25 milles de l'hôpital. Il n'y a pas de médecin biologiste surveillant, l'équipement du laboratoire est restreint et on y fait surtout des analyses d'urine. Les autres spécimens de pathologie clinique sont envoyés au laboratoire de Stratford, rattaché au ministère de la Santé de l'Ontario. Le matériel de radiographie est plutôt ancien et ne sert guère qu'aux examens courants des fractures ou des poumons. Les films sont envoyés à London, où l'on en confirme l'interprétation. Un radiologue de London passe une demi-journée par semaine à l'hôpital, pour faire les examens gastriques, etc. Les autres radio-diagnostics se font à Stratford ou à London. L'hôpital aimerait employer un physiothérapeute à temps partiel dans le nouvel hôpital. Actuellement, les malades doivent se rendre à Stratford. Le service de transfusions de sang est assuré par la Croix-Rouge, par l'intermédiaire du bureau de London.

Parmi les difficultés mentionnées, on a cité, à part celles qui concernent la construction et le personnel, le problème des services aux vieillards qui requièrent certains soins, mais qui n'ont pas besoin de ceux d'un hôpital général. Le foyer du comté n'est pas destiné aux personnes qui ont besoin de beaucoup de soins et de surveillance. Les deux maisons de convalescence privées sont surchargées, et ne disposent que d'un nombre limité d'infirmières autorisées pour les surveiller. Il n'existe pas de services de soins à domicile pour une longue période de temps et pas de service d'infirmières visiteuses.

Clinton Public Hospital[1]

L'hôpital a une capacité théorique de 40 lits et de 12 berceaux[2]. En 1962, le nombre moyen de lits disponibles était de 51 lits pour usage général et 15 berceaux[3]. Le taux moyen des lits occupés était de 94 p. 100[4]. Le conseil d'administration de l'hôpital est composé de 12 membres[5]. L'hôpital est dirigé par une infirmière en chef. Le personnel non médical compte 55 membres, répartis de la façon suivante[6]:

---

[1]N'a pas été visité par les auteurs. Les données ont été obtenues grâce à l'aide du médecin-hygiéniste et de l'hôpital lui-même.

[2]En 1962, 28 lits pour soins médicaux et chirurgicaux, 8 pour les accouchées, 12 pour les nouveau-nés et 4 pour le service de pédiatrie.

[3]D'après le *Canadian Hospital Directory* de 1962.

[4]Soins médicaux et chirurgicaux — 108 p. 100; obstétrique, 69 p. 100; nouveau-nés, 43 p. 100; pédiatrie, 51 p. 100.

[5]Six membres élus annuellement; 1 nommé par le comté, 2 par le conseil de Clinton et 2 par le personnel médical, et la présidente de l'association du *Women's Auxiliary*.

[6]A la fin de 1962. On emploie beaucoup d'infirmières et d'autre personnel à temps partiel, par exemple: deux infirmières autorisées, trois infirmières diplômées, une infirmière auxiliaire autorisée et une aide-infirmière.

	Plein temps	Temps partiel
Infirmières autorisées	15	2
Infirmières diplômées (non autorisées)	5	3
Infirmières auxiliaires autorisées	6	1
Aides-infirmières	3	1
Technicien non autorisé en radiologie	1	
Technicienne non autorisée en biologie médicale	1	
Autres employés[1]	24	

Comme les trois autres hôpitaux visités, celui de Clinton compte beaucoup sur les services des infirmières mariées de la région et du personnel infirmier auxiliaire. Les techniciens autorisés et les autres employés spécialisés sont presque impossibles à trouver.

A l'origine, l'hôpital était situé dans une maison privée, reçue en don en 1908. Depuis, on a ajouté de nombreuses ailes nouvelles et fait des rénovations. Une nouvelle aile qui contiendra 20 lits et des services supplémentaires est actuellement en construction[2]. On pratique à l'hôpital de nombreuses opérations chirurgicales importantes, bien qu'on envoie certains malades à Stratford où à London. L'hôpital a une salle d'opération, un service de radiographie et un petit laboratoire bien équipés.

L'hôpital est ouvert à tous les médecins. Le personnel médical compte six membres. Tous les médecins de la ville et des localités avoisinantes en font partie. Les médecins se réunissent en assemblée générale une fois par année. Il n'y a pas d'autres comités ni de médecin-chef officiel. Le médecin-hygiéniste ne fait pas officiellement partie du personnel médical, mais les rapports avec l'unité sanitaire sont bons. Il y a un bureau d'infirmières-hygiénistes à l'hôpital. L'infirmière-hygiéniste y attachée donne des cours d'hygiène prénatale dans l'établissement et visite les nouvelles accouchées. A l'occasion, on demande au personnel de l'unité de vérifier la manutention des aliments et les conditions sanitaires dans la cuisine.

Tous les prélèvements pathologiques sont envoyés au médecin biologiste de Stratford. Comme il n'y a pas de médecin biologiste surveillant, on ne fait au laboratoire que les analyses les plus simples; on fait faire les autres au laboratoire de Stratford, rattaché au ministère de la Santé de l'Ontario. Les travaux courants de radiographie se font à l'hôpital et tous les films sont envoyé à un radiologue de London qui en confirme l'interprétation. Un radiologue de London visite l'hôpital une fois par semaine et s'occupe des radio-diagnostics compliqués. Les malades qui ont besoin de physiothérapie sont envoyés à London. Un service de transfusion de sang est assuré grâce à la banque de sang de la Croix-Rouge à London.

[1] Employés à la cuisine, au ménage, à la buanderie, à l'entretien, et personnel administratif.

[2] Dépenses estimées de capital: $300,000 environ; des subventions fédérales et provinciales doivent couvrir environ $129,000 de ces frais; une subvention du conseil de comté en couvrira $40,000, et une campagne locale et des dons rapporteront à peu près $130,000. Une campagne était en cours au moment où se faisait cette étude.

Selon l'avis du Conseil, le personnel médical n'est pas assez bien organisé pour aider à résoudre le problème des lits réservés au traitement des maladies aiguës et utilisés par des malades chroniques. On espère que le personnel médical sera mieux organisé, lorsque la construction du nouveau bâtiment sera terminé. Ils désirent établir des règlements qui définiront certaines fonctions, comme l'admission et la sortie des malades, l'examen de tissus, etc.

Pour sa part, l'hôpital a constaté, en s'efforçant de recueillir des fonds, que ses relations avec le public n'étaient pas très bonnes. Il faut améliorer ces relations extérieures, bien qu'elles soient surtout utiles lorsqu'il s'agit de recueillir des fonds.

South Huron Hospital, Exeter[1]

L'hôpital a une capacité théorique de 52 lits et de 14 berceaux[2]. En 1962, le nombre moyen des lits disponibles était le suivant: 48 lits pour usage général, 8 lits pour affections chroniques et 14 berceaux[3]. Le taux moyen des lits occupés a été de 64 p. 100 en 1962[4]. Le conseil d'administration de l'hôpital est formé de 20 membres[5]. L'hôpital est dirigé par une infirmière-administratrice. Le personnel non médical employé à plein temps compte 56 membres, répartis de la façon suivante[6]:

infirmières autorisées	13[7]
infirmière diplômée (non autorisée)	1
infirmières auxiliaires autorisées	5
autre personnel infirmier auxiliaire	15
techniciens non autorisés en radiologie	3
autres employés[8]	22

Comme les trois autres hôpitaux visités, celui d'Exeter compte beaucoup sur les services des infirmières mariées de la région et du personnel infirmier auxiliaire. En 1963, on a inauguré un cours de dix mois, approuvé par la province et destiné à former des infirmières auxiliaires autorisées[9]. Comme ailleurs, il est presque impossible d'obtenir les services de techniciens autorisés et d'autres employés spécialisés.

---

[1]N'a pas été visité par les auteurs. Les données ont été obtenues par l'entremise du médecin-hygiéniste et de l'hôpital.

[2]En 1962.

[3]*Canadian Hospital Directory* de 1962.

[4]Taux d'occupation des lits: médecine et chirurgie — 76.7 p. 100, pédiatrie — 40.2 p. 100, obstétrique — — 57.1 p. 100, malades chroniques — 99.6 p. 100, nouveau-nés — 37.8 p. 100.

[5]Seize membres élus à l'assemblée annuelle de l'association de l'hôpital, un membre nommé par le conseil de comté, un membre nommé par le personnel médical et deux autres nommés par le *Women's Auxiliary*.

[6]Février 1963. Employés à temps partiel quand c'est nécessaire et quand on peut en trouver.

[7]Y compris l'infirmière-administratrice, son assistante et le directeur du cours aux infirmières auxiliaires autorisées.

[8]Employés à la cuisine, au ménage, à la buanderie et à l'entretien, et personnel administratif.

[9]On donnait auparavant deux cours de six mois par année, pour la formation d'infirmières auxiliaires non inscrites.

L'hôpital a été construit en 1953 et une nouvelle aile contenant 16 lits y a été ajoutée en 1961[1]. Les personnes à la charge des membres de l'Aviation royale canadienne (base de Centralia), s'y font aussi soigner. Comme il est situé à proximité de London, l'hôpital devait être, dans l'esprit de son premier conseil d'administration, une sorte de "satellite" des hôpitaux d'enseignement de cette ville. On ne pratique guère d'opérations chirurgicales importantes à l'hôpital; les malades sont envoyés à London. L'hôpital a un bon service de radiologie, une salle d'opération et un petit laboratoire. Le travail de laboratoire se limite à des analyses d'urine, faites par les infirmières.

L'hôpital est ouvert à tous les médecins et son personnel médical compte 10 membres. Tous les médecins de la ville et des localités avoisinantes en font partie, de même que trois médecins qui n'utilisent les services de l'hôpital que de temps en temps. Le personnel médical se réunit en assemblée générale une fois par année. Il n'y a pas d'autres comités ni de médecin-chef officiel. Le médecin-hygiéniste ne fait pas officiellement partie du personnel médical. Les rapports avec l'unité sanitaire sont assez restreints mais une coopération suffisante existe, dans les domaines de cours sur l'hygiène prénatale, des services de consultations pulmonaires et des visites aux accouchées. Un bureau d'infirmières-hygiénistes se trouve à l'hôpital.

Tous les spécimens histologiques, bactériologiques et sanguins sont envoyés au laboratoire de l'hôpital général de Stratford. On fait les travaux courants de radiographie, mais tous les films sont envoyés à London où l'on en confirme l'interprétation. Un radiologue de London passe une demi-journée à l'hôpital deux fois par mois et s'occupe des radio-diagnostics spéciaux, comme les séries de radiographies gastriques, les lavements barytés, etc. Les travaux de diagnostic plus compliqués se font à London. Les malades qui ont besoin de physiothérapie sont envoyés à London. Un service de transfusion de sang est assuré par la banque de sang de la Croix-Rouge, division de London.

Un des principaux problèmes de l'hôpital est de trouver moyen de libérer les lits théoriquement réservés au traitement des maladies aiguës, mais qui sont occupés par des malades chroniques. Jusqu'à présent, le personnel médical n'a formé aucun comité pour s'occuper de l'admission et de la sortie des malades. L'hôpital a aussi besoin d'un technicien de laboratoire, au moins à temps partiel; voilà un autre problème qui n'a pas été résolu.

Ontario Hospital, Goderich

Au milieu de janvier 1963, on a ouvert un hôpital psychiatrique de 300 lits tout près de Goderich. C'est le premier d'un nouveau type de petits hôpitaux communautaires; il a des services externes aussi bien que des services pour malades hospitalisés. Le personnel est employé par la Division des hôpitaux psychiatriques du ministère de la Santé de l'Ontario. Ce personnel travaillera en collaboration étroite avec les médecins, les hôpitaux et l'unité sanitaire de la région.

---

[1] Les dépenses de capital se sont élevées à $160,000 environ; les subventions fédérale et provinciale ont couvert environ $70,000 de cette somme; une subvention du comté en a couvert $32,000; les campagnes de charité et les dons ont rapporté environ $58,000.

Commentaires généraux

Les administrateurs des cinq hôpitaux généraux se rencontrent plusieurs fois par année pour discuter les questions d'intérêt commun. Cependant, les efforts qu'on a faits pour coordonner le travail des hôpitaux et organiser ces derniers au niveau régional, autour de l'hôpital de Goderich, n'ont pas été couronnés de succès jusqu'à présent. Les autres hôpitaux sont jaloux de leur autonomie. Les médecins craignent que cette coordination n'ait pour effet de restreindre l'exercice de leur profession, telle qu'ils la pratiquent actuellement. La population locale est fière d'avoir son propre hôpital. Ainsi, à cause de cet esprit de clocher qui se manifeste de diverses façons, les conseils d'administration des cinq hôpitaux et leurs médecins s'efforcent, chacun de leur côté, de construire des annexes et d'améliorer leur équipement et leurs installations.

Cependant, en 1961, un comité représentant les hôpitaux a proposé au Conseil du comté un programme de financement des hôpitaux, d'une durée de dix ans; ce programme tenait compte des nécessités d'expansion de chaque hôpital, des montants approximatifs des subventions gouvernementales qu'on pourrait obtenir et des fonds qui proviendraient de sources municipales et de campagnes de charité locales[1].

On a laissé entendre que le Conseil du comté serait la meilleure source officielle de fonds locaux; en effet, bien que les services des hôpitaux soient utilisés par tous les habitants de la région, ils reçoivent de l'aide financière surtout des villes où ils sont situés, tandis que la part payée par les cantons avoisinants est minime. On a proposé d'augmenter les impôts du comté d'un millième à cet effet, mais le Conseil n'a pas encore accepté cette proposition. Quelques-uns de ses membres pensent que cette responsabilité devrait être entièrement laissée aux plus hautes sphères du gouvernement. Une minorité d'administrateurs et de conseils d'administration d'hôpitaux a manifesté de l'intérêt quant aux bénéfices qu'on pourrait retirer de nouveaux services organisés à l'échelle communautaire, par exemple des services de soins aux malades alités et des services d'aides familiales, et quant à la création d'un service de bien-être social, qui serait dirigé par des spécialistes en la matières et administrerait tout le programme du bien-être social du comté.

SERVICE DE SOINS POSTHOSPITALIERS, ONTARIO HOSPITAL, LONDON

Avec l'aide d'une subvention nationale à la santé, le Service des soins posthospitaliers essaie de faire suivre régulièrement tous les malades sortis de l'hôpital, afin de prévenir des rechutes sérieuses. A l'origine, un travailleur social spécialisé en psychiatrie et une infirmière-hygiéniste spécialisée en hygiène mentale, qui formaient le personnel du service, visitaient tous les malades après leur sortie de l'hôpital. Maintenant que le programme s'est développé, ils essaient de ne plus fournir de services directs, mais de remplir plutôt des fonctions consultatives auprès du personnel des divers organismes de la collectivité, comme l'unité

[1] Il faudra solliciter les citoyens locaux et obtenir des dons pour payer les meubles et l'équipement.

sanitaire, les services locaux de bien-être social, les employés spécialisés du Service national de placement, la Société d'aide à l'enfance, les instituteurs, le clergé, etc. Le service avertit le médecin de famille, quant il y en a un, que le malade est sorti de l'hôpital; il ne le fait toutefois qu'avec l'assentiment du malade[1]. Il tient l'unité sanitaire au courant de toutes les admissions de malades de la région et l'avertit officieusement des sorties[2]. Le personnel de ce service juge que c'est aux infirmières-hygiénistes, qui ont suivi un cours de spécialisation, de donner des soins posthospitaliers en hygiène mentale aux malades après leur sortie de l'hôpital, et de traiter les malades légèrement atteints et qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés. Ainsi, la plus grande partie du travail sur place se fait par l'intermédiaire des services communautaires qui existent déjà; les spécialistes des soins posthospitaliers peuvent alors passer plus de temps à s'occuper des cas difficiles où il paraît indiqué de renvoyer le malade à l'hôpital pour un court séjour, à faire des enquêtes spéciales et à servir de consultants. Dans les régions où les services d'hygiène publique et les autres services sociaux ne sont pas bien organisés, ils continuent à s'occuper directement des malades.

On a pensé qu'un service itinérant de diagnostic ne répondrait pas aux besoins des petites localités, parce qu'il ne pourrait les visiter toutes et ne serait en mesure de donner aucun traitement. Il faudrait plutôt que des services psychiatriques et sociaux soient accessibles en tout temps aux citoyens de chaque région. On a proposé de les relier à la fois à l'hôpital provincial le plus proche et à l'unité sanitaire régionale. Cela rattacherait plus étroitement les services cliniques aux autres services communautaires d'hygiène, ainsi qu'au principal hôpital de traitement. De plus, on a proposé d'organiser un service psychiatrique pour les traitements de courte durée, dans un hôpital central servant d'hôpital principal dans chaque région.

Le problème que présentent les malades séniles et à demi séniles est l'un des plus difficiles à résoudre. Les hôpitaux provinciaux ne sont pas l'endroit idéal pour soigner ces malades, mais souvent, il n'y a pas d'autre établissement qui convienne. Le foyer du comté de Huron, Huronview, a un service réservé à ce genre de malades, à condition qu'ils n'aient pas besoin de trop de soins et qu'ils ne soient pas trop difficiles à garder. Huronview et l'hôpital provincial sont en rapports étroits, ce qui permet de déplacer facilement les malades d'un établissement à l'autre, en cas de nécessité. Les rapports avec les autres hôpitaux sont restreints, car ces derniers n'ont actuellement ni le personnel ni les installations nécessaires pour s'occuper des traitements, même de courte durée.

Les équipes de spécialistes desservent certains comtés qui n'ont pas, comme le comté de Huron, de services d'hygiène publique à temps plein. Dans ces comtés, ces spécialistes ont de la difficulté à établir des programmes locaux satisfaisants, parce qu'il n'y a pas d'organisme central de comté, avec lequel ils puissent entrer en contact, ni d'infirmières-hygiénistes pour visiter les malades. Il constatent

---

[1] Certains malades ne désirent pas retourner chez le médecin qui les a fait entrer à l'hôpital.

[2] Actuellement, les façons de procéder varient d'un hôpital provincial à l'autre. Quelques hôpitaux avertissent les services de santé et les unités sanitaires; d'autres ne le font pas.

aussi que leurs rapports avec les autres organismes sont moins satisfaisants, quand il n'y a pas d'unité sanitaire pour jouer le rôle de bureau central.

On a exprimé l'opinion que les petites agglomérations et leurs services locaux ne pouvaient s'occuper convenablement d'hygiène mentale et de soins psychiatriques que si des services d'hygiène publique fonctionnant à plein temps étaient obligatoires à l'échelon régional. On pourrait alors établir des lignes de conduite bien déterminées, et préciser les arrangements financiers prévus pour chaque localité.

PROGRAMME OFFICIEL DE BIEN-ÊTRE

Bureau régional, ministère du Bien-être social de l'Ontario[1]

Le bureau de district de Wingham dessert les trois comtés de Bruce, Huron et Perth. Il a pour fonction de s'occuper des demandes d'assistance et de tous les autres problèmes locaux relatifs aux diverses catégories d'allocations accordées conjointement par le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial[2] ou par la province seulement[3]. En remplissant ces tâches, le bureau offre des conseils aussi bien qu'une aide financière aux familles et aux individus dont il s'occupe. Selon un accord conclu avec l'unité sanitaire, on envoie à cette dernière les noms des bénéficiaires d'allocations qui désirent recevoir la visite de l'infirmière-hygiéniste. Cette façon de procéder a donné des résultats satisfaisants et a permis de prendre contact avec des personnes qu'il est difficile d'atteindre par d'autres moyens. On s'efforce aussi de trouver des aides familiales pour les personnes qui ne peuvent bénéficier d'allocations officielles. Généralement, le bureau surveille également l'administration du fonds d'assistance sociale générale par les municipalités de la région. Le personnel du bureau vérifie aussi les comptes des indigents dont le bureau paie la pension dans des maisons de convalescence autorisées. Les personnes assistées sont nombreuses[4] et il n'est possible d'étudier individuellement qu'un nombre limité de cas.

Les problèmes d'hygiène que le personnel doit résoudre se rencontrent surtout chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Ces problèmes comprennent le manque de soins médicaux et dentaires et un mauvais régime alimentaire. Il n'est pas rare de trouver des logements sales ou en désordre, bien que les conditions sous ce rapport soient rarement assez mauvaises pour constituer une menace directe à la santé.

---

[1] N'a pas été visité par les auteurs. Les données ont été obtenues par l'intermédiaire du médecin-hygiéniste et du surveillant régional des services de bien-être.

[2] Assistance-vieillesse, allocations aux invalides et allocations aux aveugles.

[3] Allocations aux mères nécessiteuses et aux enfants à leur charge.

[4] Dans les trois comtés qu'il dessert, ce bureau s'occupe activement de 1,600 cas. Environ 500 à 550 de ces cas proviennent du comté de Huron; ils sont répartis de la façon suivante:

	Approximativement
Assistance-vieillesse	200
Allocations aux invalides	200
Allocations aux mères nécessiteuses	85
Allocations aux aveugles	15

Il y a, dans le comté, environ 75 nouveaux cas par année.

Services municipaux de bien-être[1]

Très souvent, les secrétaires-trésoriers des municipalités sont aussi directeurs locaux des services municipaux de bien-être. Ils voient à l'application de la Loi générale sur l'assistance sociale, en vertu de laquelle une aide financière est accordée à tous ceux qui, après un examen de leurs ressources, remplissent les conditions requises et qui n'ont pas droit aux allocations prévues par d'autres programmes fédéraux-provinciaux. La plupart des municipalités offrent actuellement une aide supplémentaire aux personnes nécessiteuses, grâce à un accord avec la province, qui participe au paiement des frais[2]. Goderich a un programme d'aide financière supplémentaire plus vaste que celui de plusieurs autres municipalités; de cette façon, il est possible de réduire au minimum le nombre des personnes admises dans les maisons de convalescence ou à Huronview, et celui des pupilles de la Société d'aide à l'enfance.

Tous les bénéficiaires de l'assistance municipale ont le droit de recevoir chaque mois un bon du Régime ontarien d'assurance contre les frais médicaux, qui leur permet d'obtenir les soins dont ils ont besoin. Le régime d'assurance-hospitalisation de l'Ontario s'applique aux bénéficiaires de l'assistance sociale municipale, lorsque ces derniers semblent susceptibles d'avoir bientôt besoin d'hospitalisation. Les frais d'hospitalisation des indigents qui ne sont pas protégés par ce régime d'assurance seront portés au compte du comté et remboursés par la commission, au tarif statutaire pour les soins aux indigents. On ne rembourse les frais pour les soins dentaires que dans les cas d'extractions d'urgence, aux termes des lois générales sur le bien-être social. Dans certains cas cependant, les municipalités peuvent rembourser les frais pour d'autres soins.

Pour n'importe quel autre service, il faut s'adresser à l'unité sanitaire, aux églises, aux clubs philanthropiques et à d'autres associations charitables. Ceux-ci peuvent procurer des médicaments, des soins et appareils dentaires, des examens des yeux, des lunettes, du matériel spécial, le remboursement des frais de transport pour un traitement, des suppléments alimentaires, etc.

LOGEMENTS ET AUTRES INSTALLATIONS POUR LES VIEILLARDS

Foyer de Huronview

Ce foyer moderne et plaisant est situé sur un terrain de 100 acres, aux environs de Clinton; il a été ouvert en 1961. Administré par le comté de Huron aux termes de la Loi sur les foyers pour vieillards, et réservé aux citoyens de ce comté, il est destiné aux personnes non alitées, âgées de plus de 60 ans et incapables de gagner leur vie ou de se donner à elles-mêmes tous les soins nécessaires. Il reçoit également les personnes âgées de plus de 60 ans qui sont légèrement séniles, mais ne souffrent pas de maladies ou de déficiences mentales, les personnes âgées de plus de 60 ans qui doivent être alitées et recevoir des soins généraux, mais qui n'ont pas besoin de soins infirmiers spécialisés ni d'un séjour à l'hôpital

---

[1] Données obtenues par l'intermédiaire du médecin-hygiéniste.

[2] Pour du combustible, par temps froid, et pour des médicaments prescrits dans certains cas.

général, et enfin, les personnes âgées de moins de 60 ans qu'on ne peut, à cause de circonstances spéciales, placer ailleurs. On y est admis à la suite d'une demande adressée aux fonctionnaires municipaux des services sociaux, qui la transmettent au secrétaire-trésorier du comté et au comité du Conseil de comté qui s'occupe de Huronview. On exige un examen par le médecin de famille du vieillard et un autre par le médecin de Huronview[1].

Soixante-dix p. 100 des frais d'administration sont supportés par la province. Les personnes qui ne reçoivent que la pension de vieillesse doivent céder presque en entier le montant de cette pension, pour aider à payer leur frais d'entretien. En effet, sur les $65 par mois qu'ils reçoivent, on ne leur laisse que $9.50 pour leur menues dépenses. Ceux qui reçoivent des allocations spéciales comme l'assistance-vieillesse, les allocations aux aveugles ou les allocations aux invalides, perdent ces allocations. Le foyer ou la famille du vieillard subvient à tous les besoins personnels des membres de ce groupe. Les pensionnaires qui ont des ressources financières suffisantes doivent payer une partie des frais de pension, calculés à un taux journalier, ou même, quand c'est possible, la totalité de ces frais. Ceux qui ont des biens doivent les confier à un compte fiduciaire établi par le comté pour les faire administrer, ou signer une procuration afin que quelqu'un d'autre s'occupe de le faire. En juin 1962, un tiers environ des pensionnaires payaient la totalité de leurs frais d'entretien. Quant aux autres, presque tous payaient une partie des frais, par des déductions faites sur les diverses pensions.

Les pensionnaires peuvent recevoir des soins médicaux de leur propre médecin ou de celui de Huronview. Ce dernier fait des visites deux fois la semaine et répond aux appels d'urgence. Les consultations du médecin du foyer ou d'un médecin privé doivent être autorisées par le directeur et sont payées à un tarif fixe. Au moment de l'admission à Huronview, le pensionnaire cesse d'être protégé par le Régime ontarien d'assurance contre les frais médicaux. Le ministère provincial du Bien-être social paie les frais de la radiographie pulmonaire et de l'examen inétial, qui sont faits par le médecin du foyer à l'arrivée de chaque pensionnaire. Deux fois par année, on fait également un examen médical et une radiographie pulmonaire. Si l'hospitalisation devient nécessaire, les pensionnaires sont envoyés à l'hôpital Victoria de London, où ils sont soignés par un médecin du personnel dans une salle publique ordinaire. Les services externes des hôpitaux de London sont aussi utilisés. De même, le foyer est en rapports étroits avec l'hôpital provincial de London, et il le sera probablement avec le nouvel hôpital de Goderich. On n'envoie pas les pensionnaires de Huronview à l'hôpital de Clinton, parce que ce dernier n'a pas de lits pour les malades qui n'ont pas de médecin privé et que les services devraient être payés par le comté. De plus, l'hôpital Victoria dispose d'une gamme de services beaucoup plus étendue que l'hôpital de Clinton. Les seuls frais du comté, pour envoyer un pensionnaire à London, s'élèvent à $20, prix du transport en ambulance.

Une des difficultés que rencontre le foyer est que les hôpitaux de la région sont toujours pressés de faire quitter l'hôpital aux malades chroniques qui n'ont

[1] Un médecin semi-retraité qui n'exerce pas ailleurs.

plus besoin de traitement actif mais qui, pour des raisons d'ordre médical (incontinence, etc.), ont besoin des soins d'une infirmière expérimentée. Les maisons de convalescence offrent, dans une certaine mesure, des soins infirmiers, mais les malades hésitent à y entrer, car à moins qu'ils ne soient classés parmi les indigents, les frais de ces soins ne sont pas payés par l'assurance. De plus, les maisons de convalescence ne sont généralement pas très attirantes, du point de vue de l'agrément et des installations. Huronview, d'autre part, n'a pas l'équipement nécessaire pour donner des soins spéciaux, puisqu'il ne compte pas d'infirmières autorisées parmi les membres de son personnel, à l'exception de l'infirmière chef. Un programme de soins à domicile serait utile, semble-t-il, dans une certaine mesure seulement, puisque la plupart des malades qu'il s'agit de soigner soit à Huronview, soit dans un hôpital ou dans une maison de convalescence, ont besoin des installations d'un établissement hospitalier. Beaucoup d'entre eux sont séniles ou à demi séniles.

Un autre problème, c'est que la plupart du temps, les pensionnaires tombent malades en hiver, au moment où l'hôpital Victoria est le plus rempli. Il arrive donc qu'on ait de la difficulté à leur procurer un lit.

Le foyer peut loger 209 pensionnaires. En février 1963, il en comptait 192. Il y avait des places libres surtout dans le service des soins aux malades alités: ce service comprend 49 lits dans la section des hommes et 69 dans celle des femmes. Quelques-uns des 28 lits du service des soins spéciaux (malades séniles) réservés aux hommes étaient libres. Quant au service des malades sur pied, ses 60 lits étaient occupés. Les malades de ce service sont libres d'aller et venir, suivant leur désir et leur état. L'âge moyen des personnes admises au cours des six premiers mois de 1962 était de 83 ans. Presque tous les pensionnaires ont environ quatre-vingts ans.

La plupart des chambres sont pour deux personnes, bien qu'il y en ait quelques-unes pour une seule personne ou pour quatre. Il est aussi possible de loger quatre couples. Les pensionnaires ne peuvent pas apporter de meubles, mais ils peuvent apporter de petits effets personnels, des tableaux, des plantes, etc. Il y a des balcons et des jardins, où les pensionnaires peuvent s'asseoir et jouir du plein air. Le foyer a des cuisines, salles à manger, toilettes et salles de bain modernes.

Il y a un comptoir ouvert à certaines heures de la journée, où les pensionnaires peuvent prendre des repas légers et se procurer de menus effets. Il y a aussi une chapelle et une bibliothèque. Dans les plus grands salons, on trouve des appareils de télévision et de radio. On a aussi aménagé un petit atelier d'artisanat, qui est utilisé surtout par les femmes. Les hommes semblent s'intéresser assez peu à des occupations comme le jardinage ou la menuiserie; ils préfèrent rester assis à fumer et à jouer aux cartes.

A part le directeur et l'infirmière chef, qui est une infirmière autorisée, le personnel compte 72 membres. Il comprend trois infirmières auxiliaires autorisées et quatre infirmiers auxiliaires. Les autres employés sont des aides et des prépo-

sés à la cuisine et à l'entretien. Il est parfois difficile de trouver et de garder un personnel compétent et possédant les qualités requises[1].

Dans certains milieux, le foyer est encore considéré comme "l'hospice des pauvres", et on hésite à demander d'y être admis. Certaines personnes sont aussi retenues par la condition d'admission selon laquelle tous leurs biens doivent être administrés par le comté. Cependant, on s'aperçoit que ces attitudes changent de plus en plus et qu'un plus grand nombre de personnes ayant les moyens de subvenir à leurs besoins demandent à être admises au foyer. On a remarqué que les pensionnaires s'ennuient des personnes qui formaient auparavant leur entourage, et que les visites qu'ils reçoivent de leur famille et de leurs amis sont importantes pour maintenir chez eux un bon moral. Les heures de visite ne sont pas limitées, excepté dans la section des soins spéciaux, où il y a un horaire. Des services religieux sont organisés par l'association locale des ministres du culte. Des membres d'associations religieuses, de clubs philanthropiques et d'autres groupements visitent les pensionnaires de temps en temps et leur offrent des divertissements spéciaux, de petits cadeaux, etc.

Il y a peu de rapports entre le foyer et l'unité sanitaire, excepté quand il s'agit de faire les inspections courantes relatives à la manutention des aliments et aux conditions sanitaires.

Autres établissements pour vieillards

A part les programmes destinés à la population en général, comme les services dispensés par l'infirmière-hygiéniste, il n'y a pas d'établissements ou de clubs spéciaux pour les vieillards. A Seaforth, il existe deux maisons d'appartements pour les personnes âgées. Ces maisons sont administrées par la ville. Le *Kinsmen Club* de Wingham a l'intention, dit-on, de construire, conformément aux règlements de la Société centrale d'hypothèques et de logement, un immeuble de 11 appartements subventionnés, destinés à des vieillards bien portants.

Certains des spécialistes et des profanes interrogés étaient d'avis qu'on avait besoin de services et d'établissements plus nombreux et plus variés pour les vieillards; il faudrait avoir, par exemple, des services organisés de soins à domicile et des maisons de convalescence mieux financées qu'elles ne le sont actuellement; il faudrait aussi assurer, sous la surveillance générale des hôpitaux, de meilleures normes de soins, et établir de plus petits foyers, dans les villes principales, sous l'autorité de la numicipalité ou sous d'autres auspices. On a aussi besoin d'appartements subventionnés et de services destinés aux vieillards qui ont un revenu moyen.

---

[1] On insiste sur la bonté et l'affection à l'égard des vieillards.

AUTRES SERVICES BÉNÉVOLES D'HYGIÈNE ET DE BIEN-ÊTRE

Association antituberculeuse du comté de Huron

Nous avons déjà parlé de l'aide apportée par l'Association, qui paie les frais des radiographies pulmonaires de toutes sortes et de leur interprétation, et qui dispose de travailleurs bénévoles pour les consultations pulmonaires [1,2]. L'Association paie aussi les frais des radiographies pulmonaires dont bénéficient deux fois par an les pensionnaires du foyer du comté. Les nouveaux employés et les nouveaux pensionnaires sont radiographiés avant d'entrer à Huronview. L'Association aide aussi à payer les frais du transport des malades nécessiteux au sanatorium et à subvenir à leurs besoins personnels. De plus, elle leur offre de petits cadeaux. Les membres de l'Association font également des visites à domicile et s'efforcent d'aider les malades, à leur sortie de l'hôpital. On aide aussi, dans une certaine mesure, les personnes qui suivent des cours de rééducation professionnelle selon les programmes fédéraux-provinciaux, en payant leurs frais de transport, par exemple.

L'Association aimerait faire subir des examens radiologiques réguliers aux coiffeurs et aux personnes qui préparent et distribuent des aliments. Elle serait prête à en couvrir les frais. Cependant, les municipalités devraient pour cela établir des règlements exigeant ces examens. Quelques municipalités seulement l'ont fait jusqu'à présent. L'Association voudrait aussi organiser un programme d'examens à la tuberculine pour tous les enfants qui entrent à l'école élémentaire.

L'Association est une filiale des Associations antituberculeuses du Canada et de l'Ontario, mais elle est complètement autonome et possède son propre conseil d'administration. Le médecin-hygiéniste est membre consultant de ce conseil. Tous les fonds proviennent de la campagne annuelle du Timbre de Noël. On consacre ces fonds aux oeuvres locales, à l'exception de sommes peu importantes destinées à payer l'affiliation à l'association provinciale et à l'association nationale. Comme le problème de la tuberculose n'est plus aussi grave qu'autrefois, l'Association doit maintenant décider quelle est la meilleure façon de remplir sa tâche et de dépenser l'argent qu'elle recueille chaque année. Par exemple, en 1961, elle a remis une somme de $5,000 à un hôpital du comté pour des dépenses d'immobilisation. Depuis 1948, elle a distribué $25,000 aux hôpitaux. Elle étudie aussi la possibilité de mettre des fonds à la disposition de ces derniers pour leurs travaux de recherche dans le comté, en matière de médecine ou d'hygiène publique. Trois personnes sont mortes de tuberculose en 1962, dans le comté de Huron. Le secrétaire administratif pense qu'il faudrait intensifier le travail de dépistage et qu'on devrait consacrer plus d'argent à la recherche.

---

[1] Voir aussi p. 285.

[2] L'Association paie chaque année les frais d'environ 900 radiographies pulmonaires, y compris celles qu'on fait dans les consultations où les médecins envoient des malades, et les examens annuels des personnes suspectes. Les membres du personnel de l'hôpital subissent aussi un examen radiographique annuel aux frais de l'Association. Cette dernière paie également les frais des radiographie pour les prisonniers qui ont eu une réaction positive après l'examen à la tuberculine.

Un exposé financier approximatif indique, pour l'année 1962:

Recettes

Campagne du Timbre de Noël	$12,026.86
Intérêts provenant de la banque et d'obligations	$ 313.22
	$12,340.08

Dépenses

Contributions versées aux associations antituberculeuses du Canada et de l'Ontario	$ 1,090.85
Consultations	$ 3,300.00
Rééducation et service social	$ 180.00
Matériel d'enseignement	$ 450.00
Assemblées et déplacements	$ 300.00
Secrétaire, etc	$ 1,500.00
Association antituberculeuse de l'Ontario, pour recherche et programmes internationaux	$ 5,000.00
	$11,820.85

Société d'aide à l'enfance du comté de Huron

La Société d'aide à l'enfance a un personnel de cinq travailleurs sociaux[1] et a pour fonction de faire appliquer les lois relatives au bien-être général des enfants, au placement de ces derniers dans des foyers nourriciers, aux services d'adoption et à l'aide aux parents non mariés. Dans la pratique, ces services s'étendent bien au-delà des limites fixées par les lois; ils comprennent toute une gamme de services d'orientation familiale, et aussi des enquêtes sociales à la demande du tuteur officiel et du directeur des allocations familiales.

La Société consacre la plus grande partie de son temps à la protection de l'enfance. Elle s'occupe des enfants non placés, dont le nombre s'élève généralement à une soixantaine[2]. La Société s'intéresse à toutes les situations familiales où des enfants ont besoin de soins particuliers, par exemple, s'il s'agit d'organiser le transport à London d'enfants auxquels ils fond des traitements spéciaux, ou de prendre contact avec des clubs philanthropiques pour obtenir des lunettes ou d'autres appareils.

Les enfants placés en tant que pupilles de la Société sont examinés au moment du placement, et ensuite une fois par année, par le médecin des parents nourriciers ou par un médecin expérimenté en pédiatrie et désigné par la Société. Les frais de l'entretien des pupilles sont fixés selon un tarif journalier et payés par

---

[1] L'un d'entre eux est diplômé d'une école de sciences sociales.

[2] Il existe un foyer où l'on reçoit les enfants, mais on n'y garde jamais plus de quatre enfants à la fois. Les nouveaux pupilles sont envoyés aussitôt que possible dans des foyers nourriciers surveillés.

la municipalité où serait censé résider officiellement[1] chaque pupille, et par les parents, dans la mesure du possible. Des subventions provinciales, couvrant 40 p. 100 des frais journaliers que la Société impose aux municipalités locales, sont accordées aux municipalités du comté[2]. Ces frais journaliers comprennent l'entretien, les vêtements et les soins médicaux et dentaires fournis à ces enfants. On fait une demande à l'Assurance-hospitalisation de l'Ontario, au moment où l'on place chaque enfant comme pupille de la Société. On encourage aussi les familles à utiliser certains services de l'unité sanitaire, comme les consultations pour bébés bien portants et les services des infirmières-hygiénistes. Quant aux soins dentaires, on s'entend avec les dentistes locaux pour chaque enfant en particulier.

Les frais des soins aux enfants qui restent dans leur propre famille sont payés par des fonds non provinciaux, comme la subvention du comté[3], il y a cependant une exception: la province accorde annuellement une subvention directe de $3,500 environ, pour payer en partie le salaire du personnel chargé de la protection des enfants. La subvention provinciale représente moins de 5 p. 100 du budget total de la Société. On insiste de plus en plus sur l'importance de laisser les enfants dans leur propre foyer; cela cause un déséquilibre dans le budget, par rapport aux heures de travail fournies et aux besoins réels. Ce déséquilibre est quelque peu inquiétant. La Société d'aide à l'enfance ne peut offrir à ces enfants de soins médicaux et dentaires, sinon grâce à l'aide de clubs philanthropiques, de médecins, de dentistes, etc.

L'assistance aux mères célibataires consiste à aider les jeunes filles à prendre une décision relativement à l'endroit où elles veulent accoucher et à l'avenir de leur bébé. Les parents de la jeune fille ont souvent autant besoin de conseils que cette dernière. On contribue aussi à la réadaptation des mères célibataires. Cependant, on ne peut obtenir d'aide financière, à moins que le père putatif ne consente ou ne soit forcé par le tribunal à fournir cette aide. Il existe pour les mères célibataires des foyers privés et des foyers administrés par diverses églises, à London, Chatham, Windsor, Hamilton, Ottawa et Toronto. Ces foyers leur sont accessibles par l'intermédiaire de la Société d'aide à l'enfance.

La Société n'a pas la responsabilité de surveiller les pensions autorisées pour enfants et les garderies de jour, puisque de tels établissements n'existent pas dans le comté. Un certain nombre de foyers gardent en pension moins de quatre enfants, mais aucune clause de la Loi ne concerne ce genre de foyers.

---

[1] Le paiement se fait par l'intermédiaire du Conseil de comté et les frais sont portés au compte de chaque municipalité, comme nous l'avons indiqué.

[2] La Province accorde aussi, sans condition, une subvention annuelle de tant par enfant à chaque municipalité pour l'aider à payer les frais des principaux services publics. Une partie de cet argent peut servir à couvrir partiellement les frais des obligations relatives à la tutelle, s'il en est décidé ainsi par la municipalité.

[3] Le comté accorde une subvention générale et couvre aussi tout déficit. En 1962, il a accordé une subvention d'environ $2,000.

Un des problèmes consiste à trouver des moyens de transport pour conduire les enfants aux services spéciaux de consultation, à London. Il y a des consultations à l'hôpital Victoria, à l'hôpital provincial, au *Children's Psychiatric Research Institute* et au Centre d'orientation pour enfants. L'ouverture du nouvel hôpital provincial de Goderich devrait finir par aplanir en partie les difficultés. Il est aussi nécessaire d'avoir plus de foyers nourriciers pour les enfants souffrant de troubles affectifs. Ces enfants plus difficiles à placer forment une proportion toujours croissante des pupilles de la Société, puisque la plupart des questions relatives au soin des autres enfants peuvent se régler au sein des foyers nourriciers choisis par cette dernière, sinon dans la famille même de l'enfant. On a aussi proposé la création d'un foyer nourricier spécial pour dix enfants ou moins d'un âge plus avancé, qui ne peuvent être placés dans des foyers nourriciers ordinaires. Un comité représentant les trois comtés de Huron, Bruce et Grey est en train d'étudier cette possibilité.

Voici l'exposé financier, sous forme abrégée et en chiffres ronds, pour l'année 1962:

Recettes

Comté de Huron[1]	$42,105.00
Province d'Ontario	3,500.00
Municipalités et sociétés d'aide à l'enfance de l'extérieur	22,190.00
Parents	$ 1,156.00
Allocations familiales	1,864.00
Autres revenus	1,349.00
	$72,164.00

Dépenses

Salaires	$27,524.00
Déplacements	7,493.00
Loyers	1,200.00
Vêtements	3,209.00
Pensions	22,279.00
Soins médicaux et dentaires	1,690.00
Indemnités aux employés	1,608.00
Commission des accidents du travail	417.00
Fournitures de bureau et téléphone	2,107.00
Dépenses spéciales	780.00
Pupilles âgés de plus de 18 ans	216.00
Autres dépenses	1,558.00
	$70,081.00

[1] Cette somme comprend les montants journaliers payés pour les pupilles par les municipalités où devraient officiellement résider ces derniers, plus une subvention générale du comté. En 1962, cette subvention s'est élevée à environ $2,000. En 1963, le montant journalier destiné à l'entretien des pupilles sera probablement moins élevé qu'en 1962; les montants à percevoir des parents et des municipalités à cette fin seront donc moindres. Cela signifie que le comté devra accorder une subvention plus considérable, puisque la subvention du comté varie de façon à couvrir tout déficit.

Enfants arriérés

Il y a deux écoles pour enfants arriérés, l'une à Goderich, où l'on s'occupe de douze enfants, et l'autre à Winghan, où l'on s'occupe de huit enfants. Elles sont administrées par une association bénévole, formée de parents et d'autres citoyens.

Ces écoles reçoivent maintenant des subventions provinciales et locales.

Rapports financiers pour 1962
Queen Elizabeth School (pour enfants arriérés)
Ville et district de Goderich

Recettes		Dépenses	
Subvention provinciale . .	$3,500.70	Enseignement	$3,862.10
Subventions du conseil . .	450.00	Administration de l'école	289.74
Dons	1,069.76	Transport	546.00
Honoraires	346.00	Divers	482.82
Solde de 1961	595.24	Solde de 1962	781.04
	$5,961.70		$5,961.70

Golden Circle School (pour enfants arriérés)

Wingham

Recettes		Dépenses	
Subvention provinciale . . .	$2,489.05	Instruction	$2,900.00
Subventions du conseil . .	625.00	Administration de l'école	1,088.11
Dons	1,330.16	Transport	
Honoraires	275.25	Solde de 1962	2,002.06
Divers	46.00		$5,990.17
Solde de 1961	1,224.71		
	$5,990.17		

Société canadienne du cancer

Nous avons déjà décrit de façon générale l'organisation et les fonctions de la Société, à l'appendice I.[1] La division ontarienne de la Société canadienne du cancer a un bureau régional à Kitchener, et ce bureau sert de centre de ralliement pour la région avoisinante, y compris le comté de Huron. Son personnel ne comprend qu'une infirmière diplômée. Un secrétaire itinérant appartenant au bureau provincial de Toronto visite les régions du district, pour aider à coordonner leur travail d'information et pour venir en aide aux unités et aux divisions locales bénévoles.

---

[1] Voir appendice I, p. 268.

A Goderich, il existe une unité bénévole locale avec un conseil bénévole qui travaille pour le comté de Huron, et il y a aussi des divisions à Wingham, Clinton, Exeter, Seaforth, Blyth et Brussels. Le comté n'a pas de personnel rémunéré dans ce domaine.

Les divisions rendent toutes sortes de services personnels aux cancéreux et à leurs familles, dans les villes qu'elles desservent; ces services comprennent le don de pansements pour plaie concéreuses aux malades, une aide financière pour les malades nécessiteux qui doivent se rendre à Toronto ou à London pour un traitement, le paiement d'une partie du coût des services d'une aide ménagère en cas de besoin, l'achat de certains médicaments pour les malades nécessiteux, etc. Le personnel bénévole visite aussi les malades chez eux et à l'hôpital et leur apporte des fleurs, de petits cadeaux, etc.

Tous les fonds locaux sont recueillis au moyen de campagnes de souscription, de thés, de ventes de charité, etc.[1]. Cet argent est envoyé au bureau provincial et on le retire, au besoin pour des dépenses locales. Les frais d'administration des bureaux locaux et les salaires de leur personnel sont payés par la division ontarienne de la Société.

Ontario Society for Crippled Children

Nous avons déjà décrit de façon générale l'organisation et les fonctions de cette société, à l'appendice I[2]. Le bureau régional, dont le personnel comprend trois infirmières et deux employés de bureau, est à London; il dessert les comtés de Bruce, d'Elgin, de Huron, de Lambton, de Middlesex et de Perth, et travaille sous la direction du bureau provincial de Toronto. Au 31 décembre 1962, on s'occupait, dans l'ensemble de la région, d'environ 1,409 enfants infirmes. On ne donne des soins que sur recommandation d'un médecin. Les infirmières travaillent en collaboration étroite avec les clubs philanthropiques locaux[3] qui organisent la campagne du timbre de Pâques dans chaque région, les médecins et le personnel des unités sanitaires et des autres organismes qui s'occupent des enfants infirmes. L'évaluation des cas, par rapport aux services offerts et à la surveillance générale après le traitement, fait aussi partie de leurs fonctions. Elles ne soignent pas les malades alités.

Cinquante p. 100 de l'argent recueilli est conservé dans la localité, pour y être employé sous l'égide et avec l'approbation des associations qui ont aidé à le recueillir; on l'utilise, par exemple, pour acheter des appareils, des supports, des fauteuils roulants et pour payer les frais de radiographies ou de transport vers les centres de traitements spéciaux ou de rééducation, ou encore, vers les colonies de vacances. L'autre moitié de l'argent est envoyée au bureau provincial de Toronto, pour contribuer au programme régional de soins infirmiers et à d'autres services d'envergure provinciale, fournis directement ou soutenus par la Société.

---

[1] En 1962, on a recueilli $19,307.94 par l'intermédiaire de l'unité et des divisions, dans le comté de Huron.

[2] Voir appendice I, p. 260.

[3] *Lions Clubs* du comté de Huron. On a recueilli $8,497.93 de cette manière, en 1962.

En 1962, les frais approximatifs pour le bureau régional de London ont été les suivants:

Salaires	$21,660.00	
Bureau	780.00	(Loyer gratis)
Déplacements et entretien de voitures	3,876.00	
	$26,316.00	

Rehabilitation Foundation for the Disabled (Parade des dix sous)

Nous avons déjà décrit de façon générale l'organisation et le travail de la Fondation, à l'appendice I[1]. Le bureau de London dessert le comté de Huron, ainsi que les comtés de Lambton, Kent, Middlesex, Elgin, Oxford et Norfolk. Il n'y a pas encore de centre régional de rééducation, mais on utilise les services de physiothérapie des hôpitaux de London et de Windsor. Les malades qui ont besoin d'un traitement de longue durée sont envoyés au *Hamilton Rehabilitation Institute,* ou à l'hôpital *Lyndhurst Lodge* de Toronto. On s'occupe des consultations, des interventions chirurgicales, de l'ajustement des appareils et des membres artificiels, par l'intermédiaire des consultations hebdomadaires qui se tiennent dans les hôpitaux Victoria et Saint-Joseph de London, chacune sous la surveillance du conseiller médical de la Fondation. On doit ouvrir un atelier à London en 1963. En 1962, il y avait 78 cas reconnus dans le comté de Huron; on s'est occupé activement de 18 d'entre eux, au cours de l'année. Grâce aux campagnes de la Parade des dix sous, on a recueilli $1,984.00 dans le comté, en 1962. Le coût des services aux malades s'est élevé à $1,591.50.

Institut national canadien pour les aveugles

Nous avons déjà décrit, de façon générale, l'organisation et les fonctions de l'Institut, à l'appendice I[2]. Le comté de Huron est desservi par le bureau régional de London, dont le personnel comprend un secrétaire itinérant, un aide-secrétaire et un instituteur qui donne des leçons à domicile. Au cours de l'année qui s'est terminée le 31 mars 1962, les noms de 64 aveugles figuraient sur la liste officielle du comté de Hurom; parmi ces aveugles, il y avait deux enfants âgés de 18 ans ou moins. On a aussi donné des soins préventifs à huit malades. Il n'y a pas d'ophtalmologue dans le comté de Huron; les citoyens de ce comté qui ont besoin de soins dans ce domaine sont donc envoyés ailleurs. Dans le comté de Huron, les fonds proviennent du Conseil de comté et d'une collecte faite par la poste. Au cours de l'année qui s'est terminée le 31 mars 1962, on a recueilli $6,931.90 dans le comté et on a dépensé $8,210.46 pour soigner des malades sur place.

---

[1] Voir appendice I, p. 262.

[2] Voir appendice I, p. 266.

Société canadienne de la Croix-Rouge

Nous avons déjà décrit de façon générale l'organisation et les fonctions de la Société, à l'appendice I[1]. Dans le comté de Huron, elle a des filiales à Seaforth, Gorrie et Varna. Toutes ces filiales apportent leur contribution aux programmes essentiels: campagnes de souscription, assistance en cas de désastre pour répondre aux besoins d'urgence, cliniques de donneurs de sang et, sur demande, service international d'enquêtes sur les personnes disparues. Les filiales de Seaforth et de Gorrie ont aussi mis en oeuvre des programmes de sécurité aquatique[2]. La filiale régionale de London a aidé d'autres localités du comté[3], qui ont fourni des travailleurs bénévoles, des donneurs de sang, et recueilli des fonds sous ses auspices. De même, le programme de la Croix-Rouge des Jeunes avait 223 sections avec 6,494 membres, en février 1963. Chacune de ces sections a versé de l'argent au "Fonds pour les enfants nécessiteux du pays et de l'étranger".

Les statistiques de la campagne de 1962 indiquent, en chiffres ronds:

Sections de la Croix-Rouge (Gorrie, Seaforth, Varna)	$1,948.00
Fonds recueillis par London dans d'autres localités	7,136.00
	$9,084.00

Association ambulancière Saint-Jean

A Goderich, il y a une brigade locale de l'Association ambulancière Saint-Jean, qui assure un service de premiers soins dans les réunions publiques et qui organise, de temps à autre, des cours de soins à domicile. On espère établir des brigades à Wingham et à Exeter, en 1963.

Le rapport financier pour 1962 indique, en chiffres ronds:

Recettes

Campagne de charité	$1,240.00
Frais de scolarité	192.00
	$1,432.00

Dépenses

Contribution à la brigade	$ 900.00
Instructeurs et examens	82.00
Fournitures et matériel	230.00
Déplacements	30.00
Publicité, fournitures de bureau et divers	83.00
Solde en caisse	107.00
	$1,432.00

---

[1] Voir appendice I, p. 269.

[2] Seaforth, - 143 candidats ont subi l'épreuve avec succès. Gorrie, - 22 candidats ont subi l'épreuve avec succès.

[3] Belgrave, Blyth, Brucefield, Brussels, Centralia, base de l'ARC de Centralia, Clinton, base de l'ARC de Clinton, Dashwood, Exeter, Goderich, Hensall, Wingham et Zurich.

Autres organismes

Comme ailleurs, les divers clubs de bienfaisance ont leurs propres programmes de santé et de bien-être. La Légion canadienne et le *Kinsmen Club* fournissent des fauteuils roulants, des béquilles, des lits d'hôpital, et paient les soins à domicile pour les nécessiteux recommandés par les médecins, l'unité sanitaire, etc. Les membres du *Lions Club* organisent la campagne locale du timbre de Pâques en faveur des enfants infirmes. Ils paient aussi les frais d'examens de la vue, d'achat de lunettes, et parfois de traitements, quand il s'agit de personnes nécessiteuses qu'on leur a recommandées. Les *Old Fellows* et les *Rebeccas* offrent des lits d'hôpital, des fauteuils roulants, et prêtent des accessoires de chambre de malade, à Goderich et à Exeter.

Les cinq groupes bénévoles recueillent des fonds pour l'Association canadienne contre la dystrophie musculaire. Le chapitre de London de la *Canadian Cystic Fibrosis Foundation* dessert le comté de Huron.

APPENDICE III

ÉTUDE FAITE SUR PLACE DANS LA RÉGION DE TIMISKAMING

GÉNÉRALITÉS

Le district de Timiskaming ou Témiscamingue, dans le nord-est de la province d'Ontario a une superficie de 5,896 milles carrés. A l'est, il s'étend jusqu'à la frontière de l'Ontario et du Québec. Il est borné au nord par le district de Cochrane; au sud, par le district de Nipissing; au sud et à l'ouest, par le district de Sudbury. Il se trouve dans la région du Bouclier canadien. Le sol est en grande partie recouvert de forêts composées de diverses espèces d'arbres à bois mou, de conifères et d'un petit nombre d'arbres à bois dur; les forêts sont parsemées de rochers et de lacs. Dans la partie méridionale, la petite zone argileuse ou zone argileuse des Basses Terres s'étend vers le sud, d'Englehart à North Cobalt et vers l'ouest, elle couvre une distance de 25 à 30 milles dans sa plus grande largeur. Le climat est agréable en été et froid en hiver, mais il y a moins de grandes chaleurs et de grands froids qu'à Winnipeg et Edmonton.

Le recensement de 1961 indique une population de 50,971 personnes, comparativement à 50,016 en 1951; l'accroissement a été d'un peu moins de 2 p. 100 au cours de la décennie[1]. La plus grande partie de la population vit dans des agglomérations urbaines de 1,000 habitants ou plus (65.2 p. 100). La population rurale agricole représente 10.8 p. 100 et la population rurale non agricole, 24.1 p. 100 de la population totale. Une grande proportion de cette dernière demeure dans de petits villages et hameaux de moins de 1,000 habitants. Comme la plupart des autres régions septentrionales, la proportion des hommes par rapport aux femmes est légèrement plus élevée que dans le reste de la province. De plus, presque 45 p. 100 des habitants ont moins de 20 ans, comparativement à 39.5 p. 100 pour l'ensemble de la province[2]. D'autre part, au moment de notre étude, environ 6.9 p. 100 des habitants étaient âgés de 65 ans ou plus, alors que la moyenne pour la province était de 8.3 p. 100. La moitié environ des habitants sont d'origine britannique, 30 p. 100 sont d'ascendance française et un cinquième ont d'autres origines. La plupart des habitants sont de langue anglaise ou sont bilingues.

---

[1] Donnés des recensements de 1951 et 1961, Bureau fédéral de la statistique. Le pourcentage de l'accroissement de la population est peu élevé, comparativement à celui de l'ensemble de l'Ontario, qui est de 35.64 p. 100.

[2] Bureau fédéral de la statistique, données du recensement.

En 1959, la main-d'oeuvre, évaluée à 17,100 travailleurs, était employée surtout dans le domaine des ressources naturelles: industries minières, exploitation forestière et agriculture. Un quart environ des ouvriers travaillent dans les mines, qui représentent l'industrie principale de la région, et en particulier dans les mines d'or. La plupart des mines en exploitation se trouvent dans le nord-est de la région, en allant de Matachewan vers l'est et en passant par les grandes plaines de Kirkland Lake, de Larder Lake et de Virginiatown, jusqu'à la frontière québécoise. Quelques-unes des mines les plus anciennes ont atteint leur limite économique de production et ont été fermées au cours des dernières années. Plusieurs mines secondaires ne sont exploitées que grâce à l'aide qu'elles reçoivent en vertu de la Loi d'urgence sur l'aide à l'exploitation des mines d'or. Le prix fixe de l'or en dollars américains n'a pas stimulé l'expansion des mines actuelles ni la prospection qui permettrait de découvrir de nouveaux gisements de minerai. Environ un tiers de la production annuelle d'or de l'Ontario provient de la région du Témiscamingue.

Les régions de Cobalt et de Gowganda, au sud et au sud-ouest, fournissent plus de 70 p. 100 de la production annuelle d'argent et environ 36 p. 100 de la production annuelle de cobalt de l'Ontario. L'essor récent qu'a pris le marché de l'argent a permis de rouvrir certaines mines et d'en exploiter de nouvelles dans la région de Cobalt.

La découverte récente d'importants gisements de minerai de fer, à six milles environ au sud de Kirkland Lake, et la décision de les mettre en valeur, permettent d'espérer une nouvelle expansion de l'industrie minière pour l'avenir. La région de Timiskaming produit aussi tout l'arsenic de l'Ontario.

L'industrie forestière de base n'est pas aussi importante que dans les autres régions du nord de l'Ontario. Cependant, la moitié environ des grandes industries secondaires, dans les centres urbains, sont des industries de transformation et de fabrication des produits du bois.

L'agriculture tient une place importante dans la zone argileuse. On y pratique surtout l'industrie laitière. L'élevage des autres bestiaux prend de l'expansion. On cultive beaucoup de foin et quelques céréales. Ce qui gêne l'expansion de l'agriculture, c'est le manque d'ouvriers agricoles, qui sont attirés par les conditions de travail plus favorables qu'on leur offre dans les mines et les petites industries.

Presque toute l'activité industrielle est reliée aux industries minières, forestières et agricoles, qui consistent soit à transformer les matières premières, soit à assurer les services nécessaires à ces transformations.

La région est riche en énergie hydro-électrique et les possibilités considérables d'expansion de cette industrie deviennent de plus en plus considérables, à mesure que le besoin d'électricité augmente et lui permet de se développer de façon plus économique. Le pipe-line transcanadien traverse la région et la plupart des grands centres peuvent se procurer du gaz naturel à bas prix. Les réserves

d'eau qu'on peut utiliser soit pour la consommation domestique, soit à des fins industrielles, sont abondantes.

La compagnie *Ontario Northland Railways* assure le service de transport par chemin de fer. Air-Canada assure un service régulier pour les passagers et pour les marchandises vers les autres régions de l'Ontario et le Québec, à partir de l'aéroport d'Earlton, à trente-cinq milles environ au sud de Kirkland Lake. Plusieurs lignes aériennes privées desservent aussi la région. Le réseau routier est moderne et bon. La route principale est la route n° 11, qui va du sud de l'Ontario à Cochrane. La route n° 66 relie le Témiscaminque à la région voisine de Rouyn-Noranda, dans le Québec. La route n° 17 le traverse et conduit à la source du lac Supérieur.

Les principales régions urbaines sont les suivantes: le canton de Teck, qui comprend le bureau de poste de Kirkland Lake et dont la population est d'environ 17,600 habitants, New Liskeard, qui compte environ 4,600 habitants, Haileybury, centre administratif d'environ 2,700 habitants, et Cobalt, dont la population est de quelque 2,500 habitants. Parmi les autres centres urbains, on compte Englehart, Larder Lake, Virginiatown, North Cobalt, Matachewan, Elk Lake, Earlton, Latchford et Gowganda. Le coût de la vie est, en général, le même que dans le sud de l'Ontario. Le logement est parfois moins dispendieux, mais l'huile à chauffage et le charbon coûtent plus cher. Dans les grands centres, les magasins sont nombreux et offrent une grande variété d'articles. En plus des écoles primaires publiques, des écoles séparées et des écoles secondaires de Kirkland Lake, New Liskeard, Haileybury, Cobalt et Englehart, il y a l'École technique provinciale à Kirkland Lake, et l'École provinciale des mines à Haileybury. Un journal quotidien paraît à Kirkland Lake et un hebdomadaire à New Liskeard. Il existe un poste de radio à Kirkland Lake et des postes de télévision à Timmins et dans la partie avoisinante du Québec, qui desservent la région. Les installations pour les divertissements en plein air sont satisfaisantes.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Unité sanitaire de Timiskaming

Organisation

L'unité sanitaire de Timiskaming assure des services d'hygiène publique à temps plein au quelque 47,344 habitants[1], dans 75 des municipalités incorporées

---

[1] D'après les calculs publiés dans le rapport annuel du Bureau d'hygiène de 1962, il y a 43,107 habitants dans les 23 municipalités incorporées, et 4,237 dans les régions non organisées. Le reste de la population du district (3,274 personnes) habite des régions situées en dehors du territoire de l'unité sanitaire.

ou non du district[1]. Celles-ci comprennent les centres les plus populeux: Kirkland Lake, New Liskeard, Haileybury, Cobalt, Larder Lake, Virginiatown et Englehart. Le Bureau d'hygiène compte 13 membres, y compris le représentant du gouvernement de l'Ontario[2]. Son secrétaire est le secrétaire-trésorier du canton de Teck, qui est la municipalité la plus peuplée desservie par l'unité. Son administrateur principal est le médecin-hygiéniste.

---

[1] Municipalités et cantons qui faisaient partie de l'unité sanitaire en 1962:

Canton d'Armstrong (y compris le village à demi autonome d'Earlton)
canton d'Arnold
" d'Asquith
" de Barber
" de Barr
" de Bayly
" de Beauchamp
" de Benoît
" de Bernhardt
" de Blain
" de Boston
" de Bryce
" de Bucke
(y compris le B.P. de North Cobalt)
canton de Cane
" de Catharine
" de Chamberlain
" de Charlton
" de Chown
" de Churchill
ville de Cobalt
canton de Coleman
" de Dymond
" d'Eby
ville d'Englehart
canton d'Eventurel
" de Fawcett
" de Firstbrook

Zone d'embellissement de Gauthier (y compris le B.P. de Dobie)
canton de Gillies Limit
" de Grenfell
ville d'Haileybury
canton de Harley
" de Harris
" de Haultain
" de Henwood
" de Hudson
" d'Ingram
" de James
(y compris le B.P. d'Elk Lake)
canton de Katrine
" de Kerns
zone d'embellissement de Kingham (cantons de Cooke et de Barnet)
canton de Larder Lake (y compris le B.P. de Larder Lake et les cantons de Hearst et McVittie)
canton de Lawson
" de Lebel
" de Lorrain (nord)
" de Lorrain (sud)
" de MacMurchy
" de McElroy
" de McFadden

Zone d'embellissement de McGarry (y compris le B.P. de Virginiatown)
canton de Maisonville
" de Marquis
" de Marter
" de Mickle
" de Milner
" de Morrissette
" de Mulligan
ville de New Liskeard
canton de Nicol
" d'Ossian
" d'Otto
" de Pacaud
" de Pense
" de Playfair
" de Rattray
" de Roadhouse
" de Robillard
" de Savard
" de Sharpe
" de Teck
(y compris les B.P. de Kirkland Lake et de Swastika)
vil'age de Thornloe
canton de Truax
" de Tudhope
" de Tyrrell
" de Willett

[2] Bureau d'hygiène pour 1962:

M. R.J. McBean, président, conseiller du canton de Teck, représentant du canton de Teck.
M. G.J. McCrank, président du conseil municipal, canton de Teck, représentant du canton de Teck.
Mme. G-P. Valentine, présidente du conseil municipal, canton de Larder Lake, représentante du canton de Teck-Larder Lake.
M. V. Slater, président du conseil municipal, canton de McGarry, représentant du canton de Teck-McGarry. Teck-McGarry.
M. Geroges Geoffroy, président du conseil municipal, canton de Playfair, représentant du canton de Teck-Playfair et des zones d'embellissement de Kingham et de Gauthier.
M. J.L. Taylor, maire, ville de New Liskeard, représentant du canton de New Liskeard.
Dr. W.C. Arnold, conseiller, ville de Haileybury, représentant du comté de Haileybury.
Mme. F.R. Purdy, conseillère, ville de Cobalt, représentante du canton de Cobalt.
M. Thos. Mulholland, conseiller, canton de Coleman, représentant des cantons de Coleman et de Bucke.
M. L.H. Tucker, président du conseil municipal, canton de Harris, représentant des cantons de Harris, Dymond et Harley, et du village de Thornloe.
M. M.G. Giles, président du conseil municipal, canton de James, représentant des cantons de James, Kern, Hudson et Armstrong.
M. Ron Ellis, conseiller, canton d'Englehart, représentant des villes d'Englehart et de Charlton, et des cantons d'Evanturel et de Chamberlain.
M. L. Bélanger, représentant du gouvernement à Earlton Secrétaire — M. J.W. McBain.
Médecin-hygiéniste: Dr E.R. Harris, ministère de la Santé publique.

De même qu'à Kirkland Lake, l'unité a des bureaux à Englehart, où le personnel comprend une infirmière et l'inspecteur sanitaire en chef, et il y a un bureau d'infirmières à New Liskeard, avec quatre infirmières[1] et un inspecteur sanitaire.

État financier abrégé pour l'année civile 1963[2]:

Recettes	
Province d'Ontario	$ 55,981.89
Municipalités membres de l'unité	37,568.88
Subventions nationales à l'hygiène	23,396.20
Divers	31.64
	$116,978.61
Dépenses	
Salaires	$ 89,820.23
Frais de transport	10,244.64
Honoraires pour services professionnels	2,798.00
Entretien, fournitures et matériel	12,350.76
Divers (Assurance, Bureau d'hygiène, vérification, pensions, conférences, etc.)	4,557.49
	$119,771.12
Déficit	$ 2,792.51

Personnel[3]

Catégorie	*A temps complet*	*A temps partiel*	*Total*
Médecin-hygiéniste et directeur[4]	1		1
Surveillante des infirmières-hygiénistes	1		1
Infirmières-hygiénistes autorisées	11	2	13
Inspecteur sanitaire en chef	1		1
Inspecteurs sanitaires autorisés	3		3
Secrétaires et commis de bureau	5		5
Total	22	2	24

[1] Une infirmière de ce bureau travaille à Elk Lake.

[2] Selon le rapport annuel du Bureau d'hygiène pour 1962.

[3] A la fin de 1962.

[4] Le médecin-hygiéniste et directeur est un spécialiste en hygiène publique, diplômé du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

On ne semble pas avoir de difficulté à se procurer un personnel suffisant d'infirmières-hygiénistes. Les auteurs de la présente étude ont été impressionnés par la vaste expérience et par la formation du personnel. L'échelle des salaires est comparable aux échelles les plus élevées qu'on trouve dans la province[1].

En ce moment, il y a dans les services d'hygiène un inspecteur sanitaire de plus que le nombre minimum, ce qui porte à quatre le nombre total de ces fonctionnaires. On a pu obtenir le quatrième en envoyant un homme du district suivre les cours du *Ryerson Institute*. Mais on a constaté qu'au bout de peu de temps, beaucoup de jeunes inspecteurs sanitaires ont tendance à se diriger vers le sud, où l'échelle des salaires et les conditions de vie sont légèrement meilleures. Le coût de la vie est moins élevé dans le nord, mais les salaires sont un peu plus bas[2].

Programmes

LUTTE CONTRE LES MALADIES CONTAGIEUSES

Généralités

En général, on ne signale pas tous les cas de maladies contagieuses; mais on le fait pour les maladies les plus importantes. En 1962, il y a eu 50 cas d'hépatite infectieuse, dont un mortel, dans la région. Il y a eu un fort accroissement du nombre des cas de rubéole, et plusieurs femmes enceintes ont été immunisées à l'aide de gamma-globuline. On a découvert des cas de rage chez quelques animaux domestiques et animaux sauvages. Plusieurs personnes ont reçu des injections préventives de vaccin Semple. Les cas de rougeole, de varicelle, d'oreillons, de scarlatine et de coqueluche ont aussi été plus nombreux en 1962 qu'en 1961.

Lutte antituberculeuse

Le ministère de la Santé de l'Ontario offre des examens gratuits pour déceler la tuberculose. La Province a fourni un appareil miniature pour les radiographies, et en plus, l'unité sanitaire a son propre appareil, qui est plus grand et qui lui a été offert par le *Lion's Club*. Tous ceux qui se présentent sont examinés, qu'ils soient envoyés ou non par un médecin. On utilise des films de 14 x 17 pour toutes les personnes que leurs antécédents rendent suspectes de tuberculose, et les films miniature pour les autres. Il y a tous les mois des consultations antituberculeuses, dans les hôpitaux de New Liskeard, de Haileybury et d'Englehart. Elles sont dirigées par le médecin-hygiéniste, qui fait les examens physiques. Les frais des radiographies sont payés grâce à la campagne du Timbre de Noël de la Ligue

---

[1] Le 15 octobre 1962, l'échelle des traitements allait de $4,000 à $4,800, avec une augmentation annuelle de $150. Pour une infirmière surveillante, elle était de $5,050 à $5,850, avec une augmentation annuelle de $180.

[2] Le 15 octobre 1962, l'échelle des traitements allait de $4,000 à $4,800, avec une augmentation annuelle de $150. Pour un inspecteur sanitaire en chef, elle était de $4,250 à $5,250, avec une augmentation annuelle de $150.

antituberculeuse du district de Timiskaming[1]. De plus, des membres bénévoles de cette association aident le personnel de la consultation. Étant donné qu'il n'y a plus de sanatorium dans la région, les malades sont répartis dans les sanatoriums de Weston (Toronto), d'Hamilton et de Sudbury.

On a mis en oeuvre un programme d'épreuves à la tuberculine dans les écoles de la région; le but de ce programme est d'examiner chaque élève tous les trois ou quatre ans. On préfère examiner tous les élèves d'une école à la fois, plutôt que d'examiner tous les élèves d'une même année dans toutes les écoles. Tous ceux qui ont une réaction positive à la tuberculine doivent subir une radiographie pulmonaire. De plus, le ministère de la Santé de l'Ontario procède à une enquête générale tous les quatre ans, au moyen de ses consultations itinérantes. Cette enquête consiste à examiner, soit au moyen de radiographies en miniature toutes les personnes de plus de quarante ans, soit à l'aide d'épreuves à la tuberculine toutes les personnes de moins de quarante ans; ces dernières sont ensuite radiographiées lorsque leur réaction est positive. C'est un programme libre dont peut bénéficier n'importe quel habitant de la région.

Les tuberculeux et les personnes avec qui ils vivent sont suivis, de même que les malades qui reçoivent des traitements chimiothérapeutiques. Beaucoup de médecins indépendants demandent à l'unité sanitaire de suivre les malades et les personnes avec qui ils vivent, et de s'occuper des entrées dans les sanatoriums. La Province paie les médicaments des malades sortis du sanatorium après avoir obtenu leur congé, et ces médicaments sont distribués par l'intermédiaire de l'unité sanitaire. Quand il faut les administrer sous forme d'injections, ils doivent être donnés par le médecin personnel du malade ou, dans le canton de Teck, par les infirmières de l'Ordre de Victoria à la demande du médecin. Le personnel de l'unité sanitaire ne donne pas d'injections. Afin de surveiller les malades qui sont dans des foyers pour d'autres raisons, on donne des consultations posthospitalières à l'unité sanitaire, sur rendez-vous. Quand il s'agit de surveiller les malades qui habitent la région de l'unité sanitaire mais ne sont pas dans des foyers, on les fait venir aux consultations mensuelles dont nous avons parlé ci-dessus.

Lutte contre les maladies vénériennes

Dans le domaine des maladies vénériennes, le programme consiste surtout à suivre les personnes avec qui les malades ont été en contact intime et celles qui refusent ou négligent de se soumettre à un traitement. Comme les cas de maladies vénériennes sont signalés à la Province directement et non par l'intermédiaire du médecin-hygiéniste, il est assez difficile d'obtenir des données exactes sur leur nombre réel. Il y a lieu de craindre aussi qu'une certaine proportion des cas ne soient jamais signalés.

---

[1] Voir p. 374.

Immunisation

On a mis en oeuvre dans la région un programme actif d'immunisation, surtout pour les enfants d'âge préscolaire et scolaire. Il consiste à donner le vaccin antivariolique et le quadruple antigène[1]. Dans les centres urbains, on donne ces injections au cours de certaines consultations d'hygiène infantile[2]. Dans les régions complètement rurales, qui sont assez éloignées des endroits où se tiennent ces consultations régulières d'hygiène infantile, les infirmières-hygiénistes donnent les injections à domicile. Selon le programme d'hygiène scolaire, on donne systématiquement des injections de rappel aux élèves de huitième année[3]. Elles consistent en une nouvelle vaccination contre la variole et en une injection de triple antigène[4]. Les adultes peuvent se rendre aux consultations d'hygiène infantile et recevoir le vaccin antivariolique, le vaccin Salk et l'anatoxine tétanique. S'ils ont besoin d'autres antigènes, on leur conseille de voir leur médecin de famille.

De plus, on a mis en oeuvre un programme spécial de vaccination contre la variole, pour le personnel des hôpitaux de Kirkland Lake, New Liskeard et Haileybury. Le premier programme d'immunisation à l'aide du vaccin Salk a été organisé dans la région, et le premier programme d'immunisation par le vaccin Sabin y a été terminé avec succès en 1962; 81.5 p. 100 des enfants et 23.7 p. 100 des adultes ont été immunisés.

SALUBRITÉ

Approvisionnements en eau

Il y a, dans la région, neuf systèmes d'aqueducs administrés par des municipalités:

	Source	*Traitement*
Kirkland Lake	lac Gull	verdunisation et fluorisation
Swastika	rivière Blanche	verdunisation et fluorisation
Larder Lake	puits	aucun
Virginiatown (McGarry)	lac Larder	verdunisation
Englehart	puits forés	aucun
New Liskeard	puits forés	aucun
Haileybury	lac Témiscamingue	filtration et verdunisation
Cobalt	lac Sasaganaga	verdunisation
Ramore	puits	aucun

[1] DPT Polio — anatoxine diphtérique, vaccin contre la coqueluche, anatoxine tétanique et vaccin Salk contre la poliomyélite.

[2] Voir p.348. Il existe un service hebdomadaire d'immunisation à Kirkland Lake; on donne deux séries d'immunisation par année à New Liskeard et une par année à Virginiatown, Larder Lake, North Cobalt, Cobalt et Haileybury.

[3] Voir p. 350.

[4] DT Polio — anatoxine diphtérique, anatoxine tétanique et vaccin Salk contre la poliomyélite.

Le rôle de l'unité sanitaire consiste à faire des inspections régulières, pour s'assurer que les approvisionnements d'eau potable ne présentent pas de danger pour la santé publique. De plus, il y a dans la région 31 systèmes publics d'aqueducs administrés par des particuliers[1]. Les approvisionnements publics sont inspectés régulièrement[2]. Quant aux approvisionnements privés, des échantillons en sont analysés sur demande[3].

Égouts

Dans les villes, les égouts consistent en de vastes fosses septiques municipales, sauf là où il y a des bassins d'épandage. On a récemment édicté un règlement régional selon lequel les personnes qui désirent installer une fosse septique doivent se conformer aux normes minimales relatives à la capacité, à l'emplacement, etc., de ces fosses. Il est parfois difficile de surveiller les fosses septiques, parce que les gens qui les font installer ne se préoccupent pas toujours d'avoir une fosse d'une capacité suffisante, ni des drains assez nombreux. On a tenté d'appliquer le règlement non seulement aux municipalités organisées, mais aussi aux régions dépourvues de gouvernement municipal; cependant, on a constaté que ces dernières régions sont plus difficiles à surveiller, à l'exception des nouvelles zones domiciliaires[4]. Un certain nombre de fosses septiques, mal installées avant la mise en vigeur de la loi, sont encore utilisées et présentent parfois des problèmes. Ce sont les municipalités qui se chargent de l'inspection de la plomberie des maisons, et non les unités sanitaires.

Approvisionnements en lait

Il y a environ 68 expéditeurs de lait cru dans la région[5]. Il existe une étroite collaboration entre ces expéditeurs et l'inspecteur du ministère de l'Agriculture[6], qui surveille un bien plus vaste district. La région compte cinq laiteries. En 1960, une de ces laiteries a changé sa méthode de recueillir le lait cru qu'elle transporte maintenant en vrac dans des camions-citernes. C'est pourquoi l'inspecteur sanitaire doit visiter les fermes au moment où l'on recueille le lait, afin de prélever des échantillons de lait cru dans les réservoirs de chaque producteur. Dans les quatre autres laiteries, on fait des prélèvements de lait cru dans les bidons, au moment de l'arrivée de ces derniers. Le lait pasteurisé est examiné à la laiterie deux fois par mois, et plus souvent si cela s'impose[7]. On fait une inspection minutieuse des laiteries deux fois par année, et si l'on constate que la chose est nécessaire, on effectue des inspections supplémentaires. Les échantillons sont envoyés au labo-

---

[1] Au service de plus d'une famille.

[2] Deux cent soixante-dix analyses en 1962.

[3] Quatre cent quatre-vingt-six analyses en 1962.

[4] On prépare, dans les régions non organisées, une modification aux règlements sur les fosses septiques qui qui rendra probablement de grands services.

[5] Quatre cent huit visites aux producteurs en 1962.

[6] Un représentant de la Commission de l'industrie laitière.

[7] On a fait 368 visites aux producteurs en 1962.

ratoire provincial de Timmins[1]. Au cours des dernières années, la qualité du lait livré aux laiteries s'est améliorée de façon marquée.

Inspection des abattoirs de la viande

Dans la région, la plus grande partie de la viande vendue pour la consommation humaine provient de grandes usines d'empaquetage et de préparation[2] qui se trouvent en dehors de la région et sont, par conséquent, surveillées par des inspecteurs fédéraux ou provinciaux. Il y a huit petits abattoirs dans la région. A partir de 1960, on a accordé des permis à ces établissements lorsqu'on a constaté, après inspection, que les conditions hygiéniques y étaient satisfaisantes[3]. On n'a rien fait pour examiner la viande provenant de ces abattoirs[4]. Ces derniers sont inspectés tous les deux mois. En plus, il existe deux petits marchés agricoles, l'un à Kirkland Lake et l'autre à Cobalt, qui sont surtout des marchés pour la viande. On inspecte aussi ces marchés au point de vue propreté, mais non au point de vue qualité de la viande elle-même. Toutes ces sources locales ne fournissent qu'une petite proportion de la viande vendue et consommée dans la région.

Distributeurs de produits alimentaires

Les établissements où l'on prépare ou vend des aliments sont inspectés annuellement au point de vue des conditions hygiéniques en général, s'ils détiennent un permis. Onze boulangeries et sept autres établissements sont inspectés de la sorte. On fait des inspections supplémentaires seulement si l'unité sanitaire a reçu une plainte. Il y a deux établissements pour l'entreposage des aliments dans la région; on en fait l'inspection deux fois par année, mais uniquement au point de vue des conditions hygiéniques en général.

La région compte sept usines qui produisent des boissons gazeuses. On en fait l'inspection tous les mois. Elles ont des contrats avec d'importantes entreprises et c'est ainsi qu'elles font, elles aussi, l'objet d'une certaine surveillance par des inspecteurs de l'extérieur. Il existe aussi une fabrique de crème glacée, des produits de laquelle on examine des échantillons une ou deux fois par mois. On ne fait de visites supplémentaires que si on reçoit des plaintes. On trouve dans la région quelques distributeurs automatiques d'aliments, qui n'ont pas fait jusqu'à maintenant l'objet de plaintes et qu'on n'a pas inspectés régulièrement jusqu'ici. Cependant, si leur nombre augmente, on se propose d'instituer un système d'inspection, sous une forme ou sous une autre.

---

[1] Ceci présente certains problèmes. Il est difficile d'établir un programme qui permette de recueillir et d'envoyer des échantillons à temps, de façon à recevoir rapidement un rapport. Quelquefois, il y a un décalage d'une semaine ou plus. Les inspecteurs sanitaires pensent qu'il serait utile d'avoir un petit laboratoire d'analyse du lait à l'unité sanitaire.

[2] On calcule que plus de 90 p. 100 de la viande vendue provient de ces usines.

[3] Soixante-sept inspections en 1962.

[4] Jusqu'en 1957, un vétérinaire-hygiéniste était attaché à l'unité sanitaire et une certaine inspection de la viande se faisait sur place. Depuis, il n'a pas été possible de faire cette inspection locale.

Les restaurants, les hôtels et les autres endroits où l'on sert des repas sont inspectés minutieusement deux fois par an, et on effectue des prélèvements bactériologiques sur leurs ustensiles, etc., deux fois par mois. On fait des inspections plus fréquentes, si la chose est nécessaire[1]. Les spécimens sont envoyés au laboratoire provincial de Timmins. On exige que les personnes qui manipulent les aliments subissent une radiographie pulmonaire une fois par année. Quand les inspecteurs visitent les restaurants et les salles à manger des hôtels, ils donnent des instructions aux propriétaires et aux personnes qui manipulent les aliments. Le grand problème quant aux restaurants de la région, c'est que la plupart d'entre eux sont logés dans de vieux immeubles, à l'exception de quelques restaurants des centres importants. Il est donc difficile de maintenir les normes essentielles d'hygiène dans de tels établissements. Il y a aussi le problème de l'éducation des personnes qui manipulent les aliments. Il y a six ou sept ans, on a donné des cours à ce sujet, mais ils n'ont été ni suivis ni acceptés avec enthousiasme; en réalité, étant donné le renouvellement fréquent du personnel, ces cours n'ont probablement donné que peu de résultats. On juge qu'il faudrait une certaine amélioration dans les petits restaurants, mais qu'il sera difficile de l'obtenir, à cause de frais qu'occasionnerait la modernisation générale des locaux de façon que ces derniers répondent aux normes essentielles, et aussi à cause de la difficulté de trouver des employés suffisamment intéressés à leur travail et susceptibles d'apprendre à manipuler les aliments de façon convenable.

Sur demande, les cuisines, salles à manger et buanderies des hôpitaux sont aussi inspectées chaque année.

Lavoirs automatiques

Jusqu'à présent, il n'y en a que quelques-uns et ils ne présentent aucun problème. On les inspecte de temps en temps.

Salubrité dans les écoles

Les installations sanitaires générales des écoles sont inspectées une fois par année, et vérifiées une deuxième fois s'il le faut. Sauf dans les quelques petites écoles rurales qui existent encore, les installations sanitaires des écoles se sont énormément améliorées, ces dernières années, et sont généralement satisfaisantes. Il est difficile pour les petites écoles rurales d'avoir des installations sanitaires adéquates. L'unité sanitaire exerce une certaine pression pour encourager les autorités scolaires et autres à étendre le programme de centralisation des écoles.

Piscines et secteurs avoisinants

L'eau des piscines publiques à ciel ouvert est analysée trois ou quatre fois pendant la saison, au point de vue teneur en chlore, etc. Récemment, on a installé un système de filtration et de verdunisation à la piscine d'Englehart. Cela a beau-

---

[1] Cent cinquante-huit établissements et 1,306 inspections en 1962.

coup amélioré les conditions de salubrité de cette piscine. Les plages publiques sont inspectées deux ou trois fois par semaine durant l'été. Les piscines privées ne le sont que sur demande. Elles n'ont pas présenté de problème important jusqu'à maintenant.

Camps et centres de villégiature

Les camps d'été et les endroits de villégiature sont inspectés annuellement, en vue de l'obtention du permis provincial; on fait une ou deux inspections supplémentaires s'ils sont ouverts tout l'été. Il s'agit d'une inspection sanitaire générale de l'eau, des égouts, des cuisines, etc. Ces établissements ne présentent pas de problèmes particuliers.

Ordures ménagères

Dans les centres urbains, il y a un service régulier d'enlèvement des ordures ménagères. C'est le service municipal des travaux publics qui s'en charge. L'unité sanitaire n'a pas à s'en occuper. Cependant, on inspecte régulièrement les dépotoirs à ciel ouvert pour s'assurer que les conditions sanitaires y sont satisfaisantes.

Lutte contre la vermine

On ne s'occupe de cette lutte que lorsqu'on reçoit une plainte. Elle présente pas de problèmes sérieux.

Logement

On ne fait l'inspection des logements qu'à la demande des secrétaires municipaux, des infirmières-hygiénistes ou d'autres personnes, quand ils peuvent présenter un danger pour la santé. Il s'agit généralement de condamner une maison vacante. Dans le district de Timiskaming, un grand nombre de logements ne répondent pas aux normes établies; cependant, à cause de la situation économique de la région, du bas niveau d'instruction et des salaires peu élevés de ses habitants, il est difficile d'apporter de grandes améliorations. On ne peut procéder que graduellement. Dans un territoire où il n'y a pas de municipalités constituées, on inspecte les nouveaux secteurs de maisons familiales au point de vue de leur système de drainage, de leur approvisionnement en eau, etc. La plupart des centres domiciliaires en voie de construction se trouvent dans les régions non organisées.

Pollution de l'air

Il n'y a pas de grave problème à cet égard dans la région. Les seuls facteurs de pollution sont les procédés d'extraction utilisés dans certaines mines. Les seules mines importantes qui se trouvent à proximité d'une agglomération sont les *Lakeshore Mines* de Kirkland Lake, où l'on utilise un four de grillage pour l'extraction de l'or. La chose n'a pas présenté de problème jusqu'à présent, mais des inspections seront faites si on le juge nécessaire.

Remarques générales

Une des principales causes de difficultés vient du fait que certaines lois sur la salubrité du milieu sont de nature très générale, surtout celles qui concernent l'inspection. Il s'en est suivi des interprétations et des façons de les appliquer quelque peu différentes d'une unité sanitaire à l'autre. On juge que les lois et règlements devraient être formulés de façon plus précise, de sorte que les inspecteurs puissent établir leurs programmes sur des fondements juridiques bien définis. Actuellement, la plus grande partie du travail s'accomplit en insistant de façon discrète auprès des gens et en les encourageant, car souvent, il n'existe pas de loi bien définie.

HYGIÈNE MATERNELLE ET INFANTILE

Hygiène prénatale

Au cours de 1961, il y a eu trois séries de cours d'hygiène prénatale à Kirkland Lake, deux à New Liskeard et une à Haileybury. Le nombre des séries de cours varie d'une année à l'autre, selon la demande et le besoin[1]. Il y a huit leçons par série. L'enseignement se donne dans les deux langues. La plupart des médecins de famille envoient à l'unité sanitaire la liste de leurs clientes enceintes; les médecins de famille semblent généralement reconnaître la valeur des cours d'hygiène prénatale. Les cours ont lieu dans les locaux de la *Young Men's Christian Association* à Kirkland Lake, au *New Liskeard and District Hospital* à New Liskeard, et à l'hôpital *Misericordia* de Haileybury.

Tous les examens physiques des femmes enceintes sont faits par le médecin personnel de la malade. Cependant, les infirmières-hygiénistes visitent à domicile les malades qui leur sont signalées, pour les surveiller et leur donner des conseils. Ces visites se font une fois par mois pendant les sept premiers mois de la grossesse, et toutes les deux semaines ensuite[2]. Dans le canton de Teck, une malade sur dix est dirigée vers les infirmières de l'Ordre Victoria. Dans les autres régions, le travail est fait entièrement par les infirmières-hygiénistes. Dans la région de Timiskaming, il y a eu 1,167 nouveau-nés vivants et onze mort-nés en 1962.

Hygiène postnatale

Dans les quatre hôpitaux de la région, les infirmières-hygiénistes font des visites à toutes les nouvelles accouchées[3] le lundi et le jeudi. Aussitôt que possible après sa sortie de l'hôpital, les infirmières s'efforcent de visiter

---

[1] En 1962, il y a eu deux séries de cours seulement.

[2] Environ 45 p. 100 des mères (525) ont reçu une ou plusieurs visites prénatales en 1962 (le chiffre comprend 79 mères suivies par les infirmières du V.O.N. dans le canton de Teck). On a obtenu ce chiffre en comparant le nombre des visites prénatales à domicile avec celui des naissances vivantes dans la région pendant l'année, comme l'ont fait G.K. Martin et K.B. Ladd, dans: *"Maternal and Child Health Services, Ontario, 1958"*, *Canadian Journal of Public Health*, mars 1961, p. 112. Cette façon de calculer n'est pas tout à fait exacte mais fournit des données utiles.

[3] Sauf dans un ou deux cas, où le médecin de famille a indiqué qu'il ne le désire pas.

chaque bébé à domicile; c'est en effet à ce moment, pense-t-on, qu'elles peuvent être le plus utiles[1]. Les mères reçoivent aussi des soins postnataux et on leur conseille fortement de voir leur médecin pour un examen postnatal[2]. Après cette première visite, on en fait d'autres en cas de nécessité ou sur demande. Quant aux malades suivies par les infirmières de l'Ordre Victoria dans le canton de Teck, elles reçoivent des visites pendant les six premières semaines et doivent ensuite s'adresser aux infirmières-hygiénistes pour toute visite ultérieure à domicile. Dans le district, ce programme a été bien accueilli par tous les médecins à l'exception d'un ou deux. Ils encouragent même certaines malades à l'aise, aussi bien que celles qui appartiennent aux classes les plus pauvres, à utiliser ce service. Quelques infirmières jugeaient que les visites postnatales, à part celles qui se font à l'hôpital, devraient se faire de façon plus sélective et qu'une visite systématique à domicile n'était pas nécessaire. D'autres estimaient, par contre, que les visites n'étaient pas vraiment nécessaires avant que la mère ne soit retournée chez elle, où elle rencontre réellement les problèmes que présente le soin d'un nouveau-né.

Un programme de dépistage de la phénylcétonurie a été établi, en septembre 1962, pour tous les nouveau-nés. On n'a découvert aucun cas de cette maladie jusqu'à la fin de l'année.

Consultations d'hygiène infantile

A Kirkland Lake, on donne des consultations un après-midi par semaine. Les infirmières-hygiénistes interrogent les mères et examinent leurs bébés. La mère et l'enfant ne sont dirigés vers le médecin-hygiéniste que si un vaccin doit être administré[3]. Ce service de consultations ne comporte pas d'autre examen médical.

On donne aussi des consultations, une fois par mois, à Virginiatown, Larder Lake, North Cobalt et Cobalt, et deux fois par mois à New Liskeard et à Haileybury. A intervalles réguliers, on procède à des vaccinations au cours de ces consultations. Dans les régions isolées, les infirmières-hygiénistes donnent les vaccins à l'occasion de leurs visites à domicile.

Un grand nombre de mères fréquentent ces consultations. Dans la région, on donne douze consultations par mois, sauf durant les mois d'été. En 1962, le nombre des personnes de tous âges examinées individuellement a été de 1,031 (sans compter les personnes venues seulement pour être vaccinées). Un autre

---

[1] En 1962, environ 64 p. 100 des nouveau-nés âgés de moins d'un mois (749) ont reçu la visite des infirmières-hygiénistes. Si on y ajoute les visites des infirmières du V.O.N. (65), on atteint un total de 70 p. 100. On devrait ajouter que presque tous les bébés reçoivent au moins une visite pendant la première année de leur existence.

[2] Certains médecins ne font pas ordinairement d'examen postnatal, et parfois, en encourageant les mères à en demander un, on risque de créer des frictions.

[3] On trouvera, p. 342, le nombre d'injections d'antigènes administrées.

signe de la popularité de ce programme est le fait que plusieurs médecins encouragent les mères à fréquenter régulièrement les consultations d'hygiène infantile[1]. Le taux de fréquentation diminue brusquement pour les enfants âgés de plus de douze mois, si l'on excepte ceux qu'on amène pour des vaccinations.

Dans le canton de Teck, on envoie une lettre aux parents de bébés âgés de trois mois, pour les inciter à faire vacciner leurs enfants. Dans les districts isolés où il n'y a aucun service de consultations, les infirmières-hygiénistes essaient de visiter les enfants âgés de trois mois, de six mois et d'un an. Elles font de plus fréquentes visites, quand c'est nécessaire.

Remarques générales sur l'hygiène maternelle et infantile

Il existe en général une bonne coopération entre les médecins et les infirmières-hygiénistes. Quelques médecins se sont inquiétés du fait que les infirmières-hygiénistes font souvent preuve de zèle exagéré, en leur envoyant des malades pour des questions peu importantes de régime alimentaire pour des problèmes de famille, etc. La plupart des médecins accueillent favorablement le programme d'immunisation et le considèrent comme une aide précieuse, mais quelques-uns le regardent comme une ingérence dans leurs prérogatives. Un médecin, en particulier, ne veut avoir aucun rapport avec les services de l'unité sanitaire. Ses malades ne reçoivent pas la visite des infirmières-hygiénistes à la maternité. On ne les voit aux services de consultations que si elles y viennent de leur propre initiative.

Par ailleurs, quelques personnes, parmi les infirmières et aussi parmi les profanes, ont noté avec inquiétude que les normes de soins obstétricaux variaient sensiblement dans la région. Selon certains rapports, quelques médecins se préoccupent assez peu des traitements prénataux, et encore moins des traitements postnataux. On a fait remarquer qu'il serait très nécessaire d'avoir dans la région un obstétricien consultant. On a pensé que non seulement il pourrait s'occuper des cas difficiles, mais que sa présence même aurait un effet salutaire sur la qualité des soins prénataux et postnataux donnés dans la région. On a l'impression que certains médecins accueilleraient avec joie un tel collègue, mais que d'autres auraient des sentiments moins chaleureux à son égard et n'auraient recours à ses services que le plus rarement possible.

Pensions pour bébés et mères de famille

Dans la province d'Ontario, le *Maternity Boarding Homes Act* exige que toute personne prenant en pension un bébé de moins de trois ans obtienne à cet effet la permission du médecin-hygiéniste. Les infirmières-hygiénistes visitent les foyers avant que les permis soient accordés, et ces foyers sont ensuite

---

[1] En 1962, il y a eu 1,167 naissances vivantes dans la région. Le nombre des bébés examinés comprendrait donc beaucoup d'enfants nés en 1961 et exclurait ceux qui sont nés à la fin de 1962. La proportion exacte des bébés âgés de moins d'un an amenés à ces consultations est inconnue, mais on calcule qu'elle doit être de 70 à 75 p. 100, en supposant que les bébés âgés de plus d'un an amenés aux consultations soit relativement peu élevé.

inspectés une fois par mois. La Société d'aide à l'enfance et le personnel de l'unité sanitaire travaillent en collaboration étroite. Le personnel de l'unité pense que c'est la Société d'aide à l'enfance qui devrait être chargée d'accorder les permis.

Programme préscolaire d'hygiène infantile

Les consultations d'hygiène infantile, dont nous avons déjà parlé, sont aussi destinées aux enfants plus âgés qui ne vont pas encore à l'école; dès que les enfants ont un an, on a tendance à ne plus les amener aux consultations. Les infirmières visitent les enfants à domicile, à la demande des familles ou des médecins, ou quand elles en constatent elles-mêmes le besoin.

Au printemps, quand on fait le compte des enfants qui vont commencer leurs études, on envoie aux parents une lettre leur demandant de faire examiner par leur médecin de famille tous les enfants qui vont bientôt entrer à l'école; s'ils ne le font pas, on renouvelle la demande au moment de la rentrée des classes. L'unité sanitaire rembourse les frais de cet examen et, d'ordinaire, environ 70 p. 100 des enfants sont examinés de cette façon[1]. Quant aux autres, les infirmières-hygiénistes font un examen général dès qu'ils sont à l'école, et les enfants qui ont des défauts physiques sont dirigés vers leur médecin de famille. On s'assure ensuite qu'ils reçoivent les soins requis. En collaboration avec les autorités scolaires des grands centres, les infirmières interrogent aussi les mères des enfants qui entrent à l'école, au moment où elles vont inscrire leurs enfants avant le début des classes. On a trouvé les résultats satisfaisants et précieux pour l'enfant, les parents et le service d'hygiène scolaire.

SERVICE D'HYGIÈNE SCOLAIRE[2]

Écoles primaires

Dans toutes les classes, l'infirmière-hygiéniste fait une rapide inspection aussitôt après la rentrée, en septembre, pour déceler toute maladie contagieuse, découvrir les enfants qui ont des poux, etc. De même, on fait une inspection rapide après les vacances de Noël et de Pâques; ces inspections sont laissées à la discrétion des infirmières-hygiénistes.

Au commencement de l'année scolaire, a lieu dans chaque école une réunion à laquelle participent le directeur, le personnel enseignant et l'infirmière-hygiéniste. On y discute du programme d'hygiène scolaire pour l'année, afin d'obtenir des commentaires et des suggestions. Le médecin-hygiéniste rencontre aussi les directeurs d'école tous les deux ou trois ans.

---

[1] En 1962, 746 examens préscolaires ont été faits par le médecin de famille.

[2] En 1962, il y avait dans la région de l'unité sanitaire 69 écoles élémentaires, qui comptaient en tout 10,420 élèves, et cinq écoles secondaires qui en comptaient 2,874.

Les infirmières font un examen général de tous les nouveaux élèves des écoles, par exemple de ceux qui viennent d'une école située en dehors de la région de l'unité sanitaire, à moins qu'on ait un rapport d'examen fait durant la période scolaire en cours. Tous les élèves de huitième année sont examinés par une infirmière et, chaque année, tous les élèves dont les défauts physiques n'ont pas été corrigés sont aussi examinés. Dans les autres cas, seuls les enfants envoyés par leur instituteur ou institutrice sont examinés. Cette décision est prise au cours d'un entretien entre l'infirmière-hygiéniste et l'instituteur. Les enfants peuvent aussi être envoyés par les parents. Une fois par année, l'infirmière a un entretien avec les instituteurs de la deuxième à la septième année inclusivement, au sujet de leurs élèves. Si l'examen préscolaire n'est pas terminé avant Noël, pour les enfants de la première année, l'infirmière fait subir un examen aux enfants et dirige vers des personnes compétentes ceux qui présentent des problèmes au point de vue santé. Lorsque l'infirmière ou l'instituteur jugent la chose souhaitable, ils envoient l'enfant à son médecin de famille afin que ce dernier l'examine. L'unité sanitaire paie le médecin pour tous les examens qu'il fait subir aux écoliers. En 1962, on a examiné 405 enfants des écoles élémentaires.

Les infirmières donnent des tests de la vue aux élèves de première année (cet examen a généralement lieu après Noël, pour donner à l'enfant le temps de s'habituer à la classe), et à ceux de quatrième, sixième et huitième années[1]. De plus, l'infirmière-hygiéniste examine individuellement les enfants envoyés par les parents ou par l'instituteur. On examine chaque année tous les enfants dont on sait que la vue est défectueuse, ainsi que tous les nouveaux élèves. Les enfants qui ont des défauts de vision sont dirigés vers leur médecin de famille.

On garde les dossiers des élèves, par classe et en ordre alphabétique. Chaque dossier contient les rapports de toutes les visites médicales, des renseignements complets sur les vaccins donnés, le rapport médical préscolaire et celui de toutes les constatations subséquentes.

Les élèves qui souffrent d'infections de la peau sont réadmis à l'école moyennant l'autorisation de l'unité sanitaire, du médecin-hygiéniste ou de l'infirmière-hygiéniste. Dans les écoles rurales, ils sont réadmis par l'instituteur ou l'institutrice quand les règlements relatifs aux maladies contagieuses ont été appliqués. Pour la déclaration des maladies contagieuses, l'instituteur utilise les formules spéciales qu'on lui a remises à l'unité sanitaire. Il peut aussi faire virer les frais de téléphone, lorsqu'il s'agit de signaler un cas de maladie contagieuse.

Pour les épreuves à la tuberculine, on utilise le test Heaf et on s'efforce de faire subir cette épreuve à tous les élèves de chaque école, à quelques années d'intervalle. Tous ceux qui ont des réactions positives sont radiographiés aux cliniques pulmonaires, et on procède à une sérieuse enquête à leur sujet.

On fait un examen superficiel de l'ouïe en première année, puis des examens supplémentaires si on le juge nécessaire. Il n'y a pas de programme d'audiométrie.

---

[1] Pour ces examens, on utilise le test de Snellen pour illettrés, en première et en deuxième année, et le "projecto-chart" pour les élèves plus avancés.

Écoles secondaires

Les enfants qui participent à des épreuves sportives à l'école secondaire doivent subir un examen médical avant le commencement de la compétition. Les médecins de famille sont alors rémunérés à raison de $2 par examen. Au commencement de la neuvième année, tous les élèves dont les défauts physiques n'ont pas été corrigés peuvent être envoyés chez un médecin, et on les interroge. Tous les élèves qui n'ont pas subi d'examen en première année et qui n'ont pas de dossier d'examen médical subséquent doivent se faire examiner. De plus, l'instituteur peut, par l'intermédiaire de l'infirmière, recommander aux parents[1] de conduire chez le médecin tout élève d'école secondaire qui a besoin d'examen médical.

On fait subir des tests de la vue à tout étudiant envoyé à l'infirmière par ses parents, par l'instituteur ou par n'importe quelle autre personne intéressée. Une fois par année, on signale à l'infirmière tous les élèves qui ont une vue défectueuse. A trois endroits, soit à Englehart, Haileybury et Cobalt, on fait subir systématiquement des tests de la vue à tous les élèves de onzième année. Tous les nouveaux élèves qui n'appartiennent pas à la région de l'unité sanitaire subissent aussi ces tests de la vue.

Un des services les plus importants est le service d'orientation. Les élèves de l'école secondaire sont fréquemment envoyés par les instituteurs à l'infirmière-hygiéniste qui s'occupe de ce service. Les instituteurs envoient directement les élèves à l'infirmière; parfois aussi les étudiants vont d'eux-mêmes consulter cette dernière[2]. Si l'infirmière juge qu'elle n'a pas la compétence nécessaire pour résoudre les problèmes qui lui sont présentés, elle peut à son tour diriger les élèves vers la Société d'aide à l'enfance, dont le personnel comprend plusieurs travailleurs sociaux diplômés. Ce sont les seuls travailleurs sociaux du district, et ils sont souvent surchargés de travail relatif à leurs tâches régulières. Beaucoup de gens pensent qu'il faudrait établir pour les enfants un programme d'orientation bien défini, surtout dans les écoles secondaires, ainsi qu'un service de psychiatrie, de psychologie, de diagnostic et de traitement pour ceux qui en ont besoin. De l'avis général, ce problème est un des plus importants qu'on ait à résoudre.

Remarques générales

On a exprimé l'opinion que les examens de la vue pourraient être faits par une autre personne que l'infirmière-hygiéniste, si on en trouvait une. Quelques infirmières ont pensé que certains instituteurs avaient tendance à recourir à elles pour des premiers soins très simples qu'ils auraient pu, croient-elles, donner eux-mêmes.

---

[1] En 1962, 152 élèves des écoles secondaires ont subi des examens, après avoir été envoyés à des médecins pour diverses raisons.

[2] On a interviewé 796 élèves d'écoles secondaires, en 1962.

On a constaté que, de plus en plus, on envoyait chez l'infirmière-hygiéniste des élèves qui avaient des problèmes d'ordre émotif et psychologique; or, si l'infirmière peut aider à résoudre les problèmes les plus simples de façon satisfaisante, par contre, elle éprouve de la difficulté à s'occuper des enfants qui souffrent de troubles plus graves, tout en n'étant pas assez malades pour qu'on les dirige vers un hôpital psychiatrique. Les conseillers scolaires s'occupent essentiellement d'orientation professionnelle et ne se sentent pas capables de s'occuper de ces problèmes. Les infirmières-hygiénistes, de leur côté, se sentent également incapables de résoudre des problèmes psychologiques sérieux. Les autorités scolaires, tout comme les infirmières-hygiénistes, sont convaincues qu'il est nécessaire de créer des services psychiatriques et psychologiques qui fonctionnent de façon continue. Actuellement, le seul service psychiatrique accessible est celui de l'hôpital provincial de North Bay, où l'on peut envoyer les écoliers.

Il y a des classes spéciales dans les écoles publiques, mais les écoles séparées n'en ont pas encore. Cela veut dire que des élèves peuvent parfois être transférés d'une école séparée à une école publique, s'ils y consentent. Souvent cependant, ils restent à l'école séparée, où ils continuent de créer des problèmes aux autorités et ne parviennent pas à se développer de façon satisfaisante.

Il y a une école pour les enfants arriérés à Kirkland Lake; elle reçoit certaines subventions locales et provinciales. C'était, à l'origine, un établissement privé; il est destiné aux enfants d'âge scolaire dont le quotient intellectuel est inférieur à celui qu'on exige dans les écoles primaires[1].

Quelques infirmières ont exprimé l'avis que les programmes scolaires comportaient encore trop de travail de routine pour elles, et que les instituteurs pourraient se charger de la plupart des tâches les plus simples, comme celle de peser et de mesurer les enfants. D'autre part, plusieurs membres de l'administration scolaire aimeraient que les infirmières travaillent à plein temps à l'école, pour donner les premiers soins.

Un autre problème, selon les autorités scolaires, est le manque de services dentaires. Dans l'extrême-nord du district, il y a un nombre effarant d'enfants qui ont des caries dentaires et des mauvaises dents non traitées. Auparavant, la Croix-Rouge et l'unité sanitaire retenaient les services d'un dentiste qui se rendait dans une certaine école, où tous les élèves de la région qui avaient besoin de ses soins pouvaient aller le consulter. Cette formule a été abandonnée il y a environ dix ans. C'est donc l'infirmière-hygiéniste qui exerce, au cours d'une enquête rapide, la seule surveillance en matière d'hygiène dentaire. On signale le cas des enfants nécessiteux à des clubs philanthropiques, qui paient les frais des soins dont ces enfants ont besoin. Les services municipaux de bien-être social remboursent le montant des frais occasionnés par les soins aux pupilles de la Société d'aide à l'enfance. Le problème, cependant, réside dans le fait que ces

---

[1] On n'a pas obtenu de données précisés au sujet de ce programme.

services paient seulement les frais des extractions, et non ceux des traitements correctifs d'ordre général. Actuellement, il est encore plus difficile qu'auparavant de recevoir des soins dentaires, parce qu'il y a seulement onze dentistes dans la région et qu'on doit souvent prendre rendez-vous avec eux longtemps à l'avance. Les autorités scolaires et les infirmières souhaitent qu'un programme organisé soit mis en oeuvre.

Les enfants dont la vision est limitée présentent aussi un problème. On les envoie chez leur médecin de famille ou chez le spécialiste des yeux, du nez, de la gorge et des oreilles, à Kirkland Lake; mais ce spécialiste a une longe liste de rendez-vous, et il faut attendre son tour pendant environ six mois. Une autre difficulté est d'obtenir des lunettes pour les enfants qui en ont besoin. Les clubs philanthropiques apportent leur assistance, et la Société d'aide à l'enfance peut obtenir des subsides du bien-être social pour les enfants placés sous sa garde, mais mêmes ces subsides sont quelquefois difficiles à obtenir.

Les autorités scolaires se réjouissent du programme d'immunisation. Elles ont trouvé les rapports des inspecteurs sanitaires particulièrement utiles aux commissions scolaires rurales pour les aider à obtenir de meilleures installations, un puits, un toit ou un plancher neufs, un équipement sanitaire moderne, etc.

Dans les régions éloignées, les infirmières-hygiénistes ne visitent parfois les petites écoles qu'une fois par mois. Les autorités scolaires se demandent si c'est réellement suffisant.

ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE

Tous les instituteurs et institutrices s'occupent de l'enseignement de l'hygiène au moyen de contacts personnels, en accomplissant leurs tâches habituelles. Ils utilisent les publications que leur offre le ministère provincial de la Santé. Les journaux et les autres moyens d'information font preuve d'un bon esprit de coopération, dans la région.

PRÉVENTION DES ACCIDENTS

Cette lutte consiste surtout à étudier les rapports du centre de toxicologie du *Kirkland Lake and District Hospital*. Quand les infirmières-hygiénistes et les inspecteurs sanitaires font des visites dans les foyers, ils signalent les dangers évidents et font des recommandations, afin de supprimer les risques d'empoisonnement. Les mines ont leur propre programme de sécurité.

SERVICE D'INFIRMIÈRES-HYGIÉNISTES ET DE SOINS À DOMICILE

Selon le personnel de l'unité sanitaire, on aurait grand besoin d'avoir, dans la région, une gamme complète d'établissements et de services pour les malades chroniques et les vieillards. Dans le canton de Teck, les seuls soins accessibles aux malades alités sont donnés par les infirmières de l'Ordre de Victoria. L'unité a jugé nécessaire d'organiser un service de soins aux malades alités pour les cas d'urgence, service qui consiste surtout à donner des injections et à changer les pansements, dans les régions où il n'y a pas d'infirmières du *V.O. N.*[1]. En ce moment, l'unité sanitaire n'a ni le personnel, ni les fonds nécessaires pour établir un programme plus complet de soins à domicile à l'intention des personnes qui sortent des hôpitaux et des malades chroniques. Selon le personnel de l'unité sanitaire, on a aussi besoin d'un service d'aides familiales. On a proposé d'employer des aides-infirmières autorisées dont le travail serait surveillé[2]. Les malades envoyés au nouveau service d'hygiène mentale et ceux qui sont sortis de l'*Ontario Hospital* de North Bay sont suivis à domicile par les infirmières-hygiénistes, qui travaillent en collaboration avec les médecins de famille et toutes les autres personnes intéressées.

LUTTE ANTICANCÉREUSE[3]

Dans le district de Timiskaming, le médecin-hygiéniste est le président bénévole des services de diagnostic de l'*Ontario Cancer Foundation*. Les consultations mensuelles sont tenues tour à tour à Kirkland Lake et à New Liskeard, avec l'aide de travailleurs bénévoles appartenant aux divisions locales de la Société canadienne du cancer établies dans la région de Kirkland Lake et à celles des trois villes[4]. Les malades dirigés vers ce service sont examinés en vue d'un diagnostic, et on s'occupe de suivre tous ceux qui sortent de l'hôpital *Princess Margaret* de Toronto[5]. Les infirmières-hygiénistes visitent à domicile les cancéreux, pour leur donner quelques soins et pour obtenir des renseignements d'ordre socio-économique sur leurs antécédents[6]. Le personnel bénévole des consultations se compose de quatre médecins, qui appartiennent aux sociétés médicales locales et dont l'un est le médecin-hygiéniste. Les infirmières-hygiénistes de l'unité travaillent dans les consultations.

---

[1] En 1962, les infirmières-hygiénistes ont fait 245 visites pour donner des soins à des malades alités; elles ont aussi soigné six cancéreux et soixante-dix malades qui suivaient un traitement orthopédique.

[2] Voir p. 358.

[3] Voir aussi p. 376.

[4] New Liskeard, Haileybury et Cobalt.

[5] En 1962, un total de 149 personnes se sont présentées à ce service, au cours de 10 consultations.

[6] En 1962, on a fait 49 de ces visites au domicile de 6 cancéreux.

Tous les rapports sont envoyés au médecin de famille, qui les transmet à son tour à l'hôpital *Princess Margaret* de Toronto. Les infirmières-hygiénistes rendent aussi quelques visites aux cancéreux soignés dans deux des hôpitaux locaux. La plupart des rendez-vous à l'hôpital *Princess Margaret* sont pris par l'intermédiaire de l'unité sanitaire. Si les malades n'ont pas les moyens de s'y rendre, l'*Ontario Cancer Foundation* paie les frais de leur transport. Les filiales locales de la Société canadienne du cancer paient le prix d'un billet de première classe, quand cela vaut mieux pour le bien-être du malade.

HYGIÈNE MENTALE

Autrefois, l'*Ontario Hospital* de North Bay, qui est l'hôpital provincial le plus rapproché, organisait de temps en temps des services itinérants de consultation[1]. On a montré un certain intérêt quant à l'organisation d'un service mensuel régulier de consultations; la première de ces consultations a été tenue en novembre 1962, à Kirkland Lake. Le personnel vient de l'*Ontario Hospital* de North Bay. La consultation est organisée avec l'appui des médecins locaux et de l'unité sanitaire. Les malades sont dirigés vers ce service par les médecins[2]. Les infirmières-hygiénistes font des visites à domicile, au cours desquelles elles recueillent des renseignements supplémentaires. Les malades dont le cas est signalé aux infirmières quand ils sortent de l'*Ontario Hospital* de North Bay et ceux qui sont envoyés par les services de consultations reçoivent des visites posthospitalières des infirmières-hygiénistes, qui collaborent avec les médecins de famille et tous les organismes intéressés, par exemple les écoles et la Société d'aide à l'enfance[3]. L'*Ontario Hospital* offre des cours de perfectionnement aux infirmières-hygiénistes et ses travailleurs sociaux donnent régulièrement des renseignements et des conseils.

ORGANISATION DES MESURES D'URGENCE

Dans ce domaine, le médecin-hygiéniste est le directeur médical du district, mais en raison du problème que pose ce programme aux échelons supérieurs du gouvernement, le programme local est au point mort.

---

[1] La dernière a eu lieu en 1955.

[2] Huit cas jusqu'à la fin de 1962.

[3] En 1962, on a fait 20 visites à domicile.

COLLABORATION AVEC LES AUTRES SERVICES DE SANTÉ

Le médecin-hygiéniste ne fait partie d'aucun conseil d'administration d'hôpital, mais il est membre du comité consultatif du *Kirkland Lake and District Hospital.* On le consulte sur tous les problèmes causés par les maladies contagieuses, et les autres hôpitaux peuvent l'appeler s'ils ont besoin de ses services. Aucun des hôpitaux n'a de comité de prévention des infections. Le médecin-hygiéniste est membre actif de l'Association médicale de Kirkland Lake et du District, et il entretient de bonnes relations avec les médecins de la région[1].

Ses rapports et ceux de l'unité sanitaire avec le personnel du ministère provincial du Bien-être social et les agents locaux du bien-être sont excellents. Il collabore aussi étroitement avec les infirmières de l'Ordre Victoria qui travaillent dans le canton de Teck[2]. Le médecin-hygiéniste est membre actif du conseil d'administration de la filiale locale de l'Association antituberculeuse ontarienne[3]. Il entretient des rapports étroits avec les filiales locales de la Société canadienne du cancer[4]. Il travaille également en collaboration avec le personnel des dispensaires orthopédiques dirigés par l'*Ontario Society for Crippled Children* et avec l'infirmière de district de cette société[5]. Les infirmières de l'unité sanitaire se tiennent en contacts suivis avec cette dernière et font, sur demande, des visites à domicile[6]. Le médecin-hygiéniste et les infirmières collaborent aussi avec le personnel et les dispensaires de la *Rehabilitation Foundation for the Disabled*[7], et avec les travailleurs locaux de l'Institut national canadien pour les aveugles[8]. Leurs rapports avec la Société d'aide à l'enfance sont excellents[9]. A la demande de cette Société, on visite les foyers et on s'occupe des questions d'hygiène. Par contre on laisse à la Société le soin de régler les problèmes sociaux.

Des clubs philanthropiques locaux fournissent des lunettes et défraient le coût de certains soins dentaires pour les membres des familles nécessiteuses[10]. L'unité sanitaire entretient des rapports étroits avec les comités de bienfaisance de ces clubs.

---

[1] Un ou deux seulement montrent peu d'empressement à collaborer au programme de l'unité sanitaire.

[2] Voir p. 371.

[3] Voir p. 374.

[4] Voir p. 376.

[5] En 1962, deux cliniques, où l'on s'est occupé de 79 malades. Voir aussi p. 372.

[6] On a rendu visite à 70 malades en 1962.

[7] Une clinique où on s'est occupé de 43 malades en 1962. Voir aussi p. 373.

[8] Voir p. 375.

[9] Voir p. 377.

[10] Voir p. 369.

REMARQUES GÉNÉRALES

De l'avis général, l'un des grands problèmes non seulement pour les familles à faibles revenus mais pour toutes les familles du district, est le manque de soins dentaires. Il y a une pénurie générale de dentistes, surtout dans la partie méridionale du district[1].

On juge aussi que le besoin d'un plus grand nombre de services et d'établissements pour les vieillards et les malades chroniques, y compris des services d'infirmières visiteuses, d'aides familiales et de physiothérapie et des logements de différentes sortes, va sans cesse croissant. L'unité sanitaire aimerait dispenser plus de soins aux malades alités, peut-être en employant des aides-infirmières autorisées dont le travail serait surveillé. Cependant, des raisons financières l'empêchent de mettre ce projet à exécution. On considère que les régions rurales ont particulièrement besoin de ces services, mais qu'elles montrent peu d'empressement à verser les fonds nécessaires.

Services d'hygiène publique dans les municipalités situées hors du territoire de l'unité sanitaire

Cinq cantons organisés, comprenant deux villages et quatre cantons non organisés, et une petite ville, n'ont pas demnadé à faire partie du territoire de l'unité sanitaire[2]. A la fin de 1962, leur population s'élevait à 3,274 personnes. Ils utilisent les services de médecins-hygiénistes qui travaillent à temps partiel; ce sont des médecins locaux qui sont employés à ce titre. Ils reçoivent de modestes honoraires[3], calculés selon la population qu'ils desservent, et ils n'exercent que les fonctions essentielles de leur emploi. En cas d'urgence, ils pourraient obtenir l'aide du personnel de l'unité sanitaire en vertu d'une entente spéciale.

Pour l'observateur, le contraste entre les services offerts dans la région de l'unité sanitaire et ceux qu'on trouve dans les autres régions est réellement frappant. Dans la première, il existe un programme complet fonctionnant à plein temps; les autres, par contre, sont presque dépourvues de services. Il serait très avantageux que les localités de l'extérieur fassent partie de l'unité sanitaire.

---

[1] Voir p. 361.

[2] Canton de Brethour, canton de Casey, canton de Dack, canton de Hilliard (qui comprend le village de Thornloe), canton de Matachewan (y compris le village de Matachewan et les cantons non organisés de Cairo, Yarrow, Powell et Kimberley) et ville de Latchford. A la fin de 1962, le canton de Matachewan est redevenu un territoire non organisé.

[3] Ceux-ci varient de $25 à $100, selon la population que dessert le médecin.

MÉDECINS

Généralités

Il y a 34 médecins dans le district, dont sept travaillent à plein temps en tant que spécialistes ou administrateurs, ou encore, dans un laboratoire[1]. Plusieurs autres, dont un chirurgien général diplômé, consacrent la majeure partie de leur temps à la chirurgie. L'exercice en groupe est bien organisé à Kirkland Lake et à Englehart, tandis qu'ailleurs, en général, les médecins exercent seuls. La plupart des omnipraticiens s'occupent de leurs propres cas d'obstétrique et d'un nombre variable de cas de gynécologie et de chirurgie générale. Dans l'un des groupes, les opérations majeures sont faites surtout par le seul chirurgien diplômé de la région et par les anciens membres du groupe, qui ont beaucoup d'expérience. La plupart des malades souffrant des yeux, du nez, de la gorge ou des oreilles sont envoyés au spécialiste de Kirkland Lake. Sauf en cas d'urgence, on dirige généralement les malades qui ont besoin d'interventions chirurgicales rares et compliquées, comme les interventions neurochirurgicales, les opérations à la colonne vertébrale et au coeur et certaines opérations orthopédiques, vers les spécialistes de Toronto[2]. Les cancéreux qui doivent subir de graves interventions chirurgicales sont dirigés vers des spécialistes et vers l'hôpital *Princess Margaret* de Toronto. Beaucoup d'enfants qui ont besoin de soins orthopédiques sont envoyés à l'*Hospital for Sick Children* de cette même ville. Jusqu'à ces derniers temps, il y avait à Kirkland Lake un urologue diplômé. Maintenant, un urologue de North Bay vient une fois par mois. Cependant, on tend à envoyer la plupart des cas d'urologie à Toronto. Les malades qui ont de graves problèmes psychiatriques sont envoyés à l'hôpital provincial de North Bay; quelques-uns sont envoyés à un psychiatre indépendant de Sudbury. Les tuberculeux sont surtout soignés aux sanatoriums de Weston (Toronto), de Sudbury et de Hamilton. On dirige des malades vers les consultations spéciales qui se tiennent une ou deux fois par année, sous les auspices de l'*Ontario Society for Crippled Children*[3] et de la *Rehabilitation Foundation for the*

---

[1] Kirkland Lake — 18 — comprenant:
Un groupe de sept.
Un groupe de quatre (l'un est un chirurgien diplômé).
Un exerçant seul.
Un spécialiste des yeux, du nez, de la gorge et des oreilles.
Deux radiologues diplômés.
Un anatomo-pathologiste diplômé qui exerce les fonctions de directeur du laboratoire de l'hôpital.
Un médecin qui travaille au service de radiographie destiné aux mineurs et administré par la Commission des accidents du travail de l'Ontario.
Le médecin-hygiéniste (spécialiste diplômé en hygiène publique).
Larder Lake — 1. Un chirurgien diplômé est parti récemment.
Virginiatown — 1.
New Liskeard — 6, dont deux travaillent ensemble.
Englehart — 3 travaillant ensemble.
Haileybury — 4, y compris un interniste diplômé qui a reçu une formation spéciale en anatomopathologie et qui exerce les fonctions de directeur du laboratoire de l'hôpital.
Cobalt — 1.

[2] A North Bay et à Sudbury, il y a un certain nombre de spécialistes diplômés dans divers domaines, mais on leur envoie relativement peu de malades. On pense que, s'il faut envoyer un malade à l'extérieur, le déplacement jusqu'à Toronto ne prend pas beaucoup plus de temps.

[3] Voir p. 372.

Disabled[1]. Il existe un autre service vers lequel on peut diriger les malades; il s'agit du nouveau service itinérant d'hygiène mentale.

Les deux radiologues de Kirkland Lake offrent des services de diagnostic aux quatre hôpitaux du district, ainsi qu'à un certain nombre d'hôpitaux situés en dehors de la région. Le pathologiste de Kirkland Lake est directeur du laboratoire de l'hôpital local; un biochimiste diplômé, qui fait partie de son personnel, se rend à l'hôpital d'Englehart une fois par semaine pour exécuter certains travaux de laboratoire. L'interniste de l'hôpital de Haileybury est directeur du laboratoire de cet hôpital. Il dirige aussi le laboratoire de l'hôpital de New Liskeard, situé à une distance de cinq milles seulement. Comme nous l'avons mentionné ailleurs, les médecins locaux, y compris le médecin-hygiéniste, forment le personnel des services de consultations pour les cancéreux de la région[2]. Le médecin-hygiéniste et son personnel offrent des services de diagnostic et de surveillance posthospitalière aux malades des poumons[3].

Remarques

Un grand nombre des personnes interrogées ont exprimé l'avis que l'un des problèmes les plus graves était la pénurie des spécialistes diplômés, surtout dans des domaines courants comme la médecine interne, la chirurgie générale, l'obstétrique, la gynécologie et la pédiatrie. L'absence de ces spécialistes, ou au moins le fait qu'ils soient si peu nombreux, a pour résultat que les médecins du district ont tendance, surtout dans le domaine de la chirurgie, à se charger de certaines tâches pour lesquelles on considère, dans les régions plus peuplées de la province, qu'il faut des spécialistes. Certains médecins reconnaissent qu'il y a là un problème et seraient prêts à accueillir avec empressement des collègues spécialistes; cependant, on a l'impression que d'autres hésiteraient à réduire le volume actuel de leur travail en adressant beaucoup de malades à ces nouveaux collègues. Il est vrai que par sa situation géographique et par sa nature même, le district n'a pas vraiment attiré beaucoup de spécialistes jusqu'à présent; cependant, ceux qui sont venus n'ont pas été découragés uniquement par les conditions matérielles. D'autre part, les médecins de la région de Kirkland Lake ont été les premiers à demander l'établissement, dans les facultés de médecine, de programmes postuniversitaires soutenus par la *W. K. Kellogg Foundation* et l'Association médicale de l'Ontario. Environ cinq séances spéciales d'études cliniques, chacune d'une durée d'un jour et portant sur divers sujets[4], sont organisées chaque année par le personnel des universités et principalement par celui de l'Université de Toronto. Tous les médecins de la région, ainsi que d'autres qui habitent à une distance raisonnable, sont invités à assister aux cours. Ces cours ont été suivis par la plupart des omnipraticiens locaux.

---

[1] Voir p. 373.

[2] Voir p. 355.

[3] Voir pp. 340-341.

[4] Les sujets étaient, par exemple, les maladies de coeur, le cancer, la chirurgie générale, etc.

En général les relations entre les médecins et l'unité sanitaire sont bonnes. La plupart des médecins apprécient les services prénataux et postnataux, les services scolaires et les services d'immunisation et de visites à domicile qu'offre l'unité[1,2]. Il y a parfois de petites difficultés, quand les infirmières-hygiénistes envoient des malades chez leur médecin pour des raisons qui, de l'avis de ce dernier, ne nécessitent pas une visite, ou quand les infirmières-hygiénistes pressent les mères de faire faire certains examens prénataux ou postnataux que tous les médecins ne font pas systématiquement. Ces petits problèmes sont facilement résolus, semble-t-il, avec un peu de bonne volonté et de compréhension mutuelle. Par ailleurs, il y a un médecin qui n'a pratiquement aucun rapport avec l'unité sanitaire, et certains semblent considérer cet organisme comme la premiére manifestation de l'ingérence de l'État dans les affaires des médecins.

Les médecins des endroits où il y a un hôpital n'aimeraient pas perdre cet avantage, si l'on coordonnait de quelque façon les hôpitaux de la région; les deux plus grands hôpitaux seraient alors transformés en hôpitaux principaux, avec un personnel auxiliaire plus important et des installations plus complexes, tandis que les petits hôpitaux seraient réduits à ne s'occuper que des cas de maladies chroniques ou de médecine générale.

On a manifesté une certaine répugnance à envoyer des prélèvements aux laboratoires provinciaux de Timmins ou de North Bay pour les faire analyser, quant il s'agissait d'un service gratuit ou peu dispendieux. Le personnel du laboratoire des deux grands hôpitaux pense que ces derniers pourraient se charger d'une grande partie de ces examens; mais ils en sont empêchés parce qu'il leur faudrait alors faire payer ce service. A ce même sujet, on s'est plaint aussi du temps qu'il fallait attendre, dans certains cas, pour recevoir les rapports des laboratoires éloignés.

DENTISTES

La région compte onze dentistes[3], mais il n'y a aucun spécialiste. Plusieurs de ces dentistes, en raison de leur âge, ont une activité réduite. De plus, trop peu de jeunes dentistes se sont établis dans le district pour remplacer ceux qui sont à la retraite et ceux qui sont décédés. C'est dans la région des trois villes[4] que la pénurie de dentistes se fait surtout sentir. De nombreuses personnes attendent leur tour et certains dentistes doivent se consacrer uniquement aux personnes de leur localité et du voisinage immédiat afin de leur prodiguer tous les soins voulus. Ils

[1] Voir p. 342, pp. 347-350 et p. 355.

[2] Deux médecins ont fait remarquer que grâce à ces services, leurs malades recevaient les soins nécessaires, ce qui leur permettait à tous deux de consacrer plus de temps à leur travail de cliniciens.

[3] Kirkland Lake — 7; Virginiatown — 1; New Liskeard — 2; Cobalt et Haileybury — 1 (un bureau par endroit).

[4] New Liskeard, Cobalt et Haileybury.

traitent les clients des centres plus éloignés seulement s'il s'agit de soins d'urgence. New Liskeard, Cobalt et Haileybury, dont la population environnante est de 20,000 à 25,000 personnes, comptent seulement trois dentistes, dont l'un n'exerce pas sa profession régulièrement. Deux dentistes de cette région sont décédés au cours des dernières années et n'ont pas été remplacés. Certaines personnes recourent aux dentistes des régions voisines du Québec mais, là aussi il y a pénurie de dentistes. Les autorails du gouvernement de l'Ontario et de la Croix-Rouge visitaient les centres éloignés tous les deux ou trois ans. Mais depuis quelques années, ces cliniques dentaires ont été abandonnées en raison de l'impossibilité de trouver un nombre suffisant de dentistes.

AUTRES PROFESSIONNELS ET TECHNICIENS

Les infirmières licenciées disponibles pour les hôpitaux sont rares, particulièrement à Haileybury où la pénurie est marquée. La situation est meilleure en hiver, mais elle s'aggrave au cours de l'été. Les diététiciens, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, techniciens de laboratoire et techniciens en radiologie sont en très petit nombre et, dans certains cas, ils manquent totalement. Beaucoup d'infirmières et de personnes des autres catégories sont des femmes mariées dont les maris travaillent dans la région. Les familles dont les membres possèdent une formation professionnelle sont relativement peu nombreuses car les emplois qui n'exigent aucune formation et seulement une demi-formation sont plus faciles à trouver dans cet endroit.

HÔPITAUX

Le district compte quatre hôpitaux: le *Kirkland and District Hospital*, de Kirkland Lake, le Misericordia Hospital, de Haileybury, le New Liskeard and District Hospital, de New Liskeard, et le Englehart and District Hospital, de Englehart.

Kirkland and District Hospital

Cet hôpital municipal est un hôpital général public de 162 lits, dont 19 pour cas chroniques et 29 berceaux[1]. La moyenne des lits occupés était de 80 à 85 p. 100 en 1962. Une grande partie de l'hôpital est de construction récente[2] et sa salle d'opération, sa salle de radiologie, son laboratoire et ses services chirurgicaux sont modernes et bien équipés. Les membres actifs et honoraires du personnel médical sont au nombre de 23. Parmi ceux-ci, on compte deux radiologues agréés, un spécialiste agréé en chirurgie générale, un pathologiste agréé, un oto-rhino-laryngologiste agréé, un médecin-hygiéniste[3] et un spécialiste en affections pul-

---

[1] Les données du *Canadian Hospital Directory* pour 1962 indiquaient une moyenne de 146 lits, 19 pour cas chroniques et 29 berceaux.

[2] Construite en 1926. Nouvelles ailes en 1935, 1939 et 1959.

[3] Spécialiste-hygiéniste agréé du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

monaires attaché à la Commission des accidents du travail[1]. L'administrateur de l'hôpital est diplômé en administration hospitalière de l'Université de Toronto.

Le personnel non médical à temps complet compte 225 membres[2]:

infirmières licenciées	70
aides-infirmières	30 à 40[3]
techniciennes de laboratoire licenciées	2[4]
techniciens en radiologie	3[5]
autres	110 à 120[6]

L'hôpital est agréé par la Commission des normes hospitalières, mais la pénurie de personnel dans certains de ses services pourrait compromettre ce statut. Cette institution compte un nombre suffisant d'infirmières licenciées, sauf pendant la période des vacances d'été; mais il est presque impossible d'en trouver qui aient des connaissances en administration ou pouvant faire de l'enseignement infirmier. Lors de notre visite sur les lieux, l'hôpital, qui possède des salles de physiothérapie, n'avait pas de physiothérapeute. Une physiothérapeute est venue, par la suite, en janvier 1963, mais la durée de son stage est imprévisible. Vers la même époque, l'hôpital a pu obtenir aussi les services d'une diététicienne diplômée. Les archivistes médicaux et les travailleurs médico-sociaux sont très rares. Les techniciennes diplômées de laboratoire et de radiologie sont en nombre insuffisant.

Le personnel médical comprend des chefs de service en médecine, en chirurgie et en obstétrique. Le pathologiste dirige un comité d'histologie très efficace mais les autres comités du personnel ne sont pas très agissants.

Misericordia Hospital

Cet hôpital public a été construit en 1929. On voulait un grand hôpital général. Il appartient à une communauté religieuse catholique, les soeurs de la Miséricorde. Ce sont elles qui le dirigent. En 1932, le gouvernement de l'Ontario a assumé l'exploitation de deux étages de l'institution pour y aménager un sanatorium provincial. Il était subventionné comme le sont les autres sanatoriums de la Province. L'entente a pris fin en 1959, et les deux sections font de nouveau partie du service hospitalier régulier. L'établissement est en bon état et comprend une salle d'opération, une salle de rayons-X, un laboratoire et d'autres services. Il a un nombre approximatif de lits disponibles de 156 lits pour adultes et de 12 ber-

[1] Un urologue agréé vient de North Bay, tous les mois, pour des interventions chirurgicales.

[2] En octobre 1962.

[3] Surtout des aides-infirmières diplômées.

[4] Un cours pour deux candidates par année, a été approuvé en 1963.

[5] Un cours approuvé est offert par l'hôpital.

[6] Comprend les infirmiers, les préposés à la cuisine, aux travaux d'entretien, aux travaux ménagers et les employés de bureau.

ceaux[1]. En 1962, la moyenne des lits occupés était d'environ 80 p. 100, exception faite de l'aile des cas chroniques et de la section des femmes. Nombre de malades attendent leur admission au service des cas chroniques et à la section médicale et chirurgicale des femmes.

Il y a actuellement 10 médecins en service actif et 10 médecins honoraires, dont le médecin hygiéniste. Le directeur du laboratoire est diplômé en médecine interne et il est spécialisé en pathologie. Un radiologue agréé de Kirkland Lake visite le service radiologique plusieurs fois par semaine. Il n'existe présentement aucun comité spécial du personnel. La supérieure est administratrice de l'hôpital et son adjoint possède l'expérience des affaires. Il projette de suivre le cours extra-muros en administration hospitalière offert par l'Association canadienne des hôpitaux.

Le personnel à temps complet compte 253 membres[2]:

infirmières licenciées (y compris quelques religieuses de l'ordre)	25
aides-infirmières	63
infirmières auxiliaires	21
infirmiers	31
techniciens de laboratoire licenciés	2
techniciens en radiologie non licenciés	3
autres[3]	108

Malgré des efforts répétés, l'hôpital n'a pu obtenir de diététicien ni de physiothérapeute.

L'hôpital voudrait être agréé par la province, mais la pénurie aiguë d'infirmières licenciées et de personnel compétent ainsi que l'insuffisance de son personnel médical rendent la chose difficile. La situation serait pire encore si plusieurs des religieuses surveillantes de cet ordre n'étaient des infirmières licenciées et s'il ne se trouvait pour les aider des infirmières mariées habitant la localité. Mais comme le personnel licencié doit s'occuper de la surveillance, il prodigue des soins aux malades seulement dans des cas d'urgence. Comme l'hôpital appartient à une communauté religieuse d'expression française, il attire plus de Canadiens français que de Canadiens anglais. Les malades d'expression anglaise semblent préférer le *New Liskeard and District Hospital* qui est à une distance de cinq milles. La plupart des Canadiens français sont des agriculteurs et des mineurs et, conséquemment, très peu de leurs épouses possèdent une formation professionnelle ou une instruction supérieure. La région attire fort peu de familles cultivées, car il n'y a

---

[1] En octobre 1962, il y avait 199 lits dressés, dont 88 chroniques, 25 pédiatriques, 36 pour les cas du service médical et chirurgical féminin, 39 pour les cas du service médical et chirurgical masculin, 11 lits obstétriques et 11 berceaux.

[2] En septembre 1962.

[3] Comprend les préposés à la cuisine, aux travaux d'entretien, aux travaux ménagers et les employés de bureau.

à peu près pas d'entreprises commerciales ou industrielles. L'hôpital serait obligé de fermer ses portes sans le concours d'aides-infirmières diplômées. Il éprouve même des difficultés à engager et à retenir un nombre suffisant d'aides-infirmières diplômées. Les médecins et les malades se plaignent beaucoup de cette pénurie de personnel compétent. L'hôpital déplore grandement cette situation.

Depuis 1955, cette institution offre un cours pour les aides-infirmières diplômées[1]. En 1961, la province a décidé que ce cours de 18 mois serait réduit à une durée de 10 mois. Les religieuses regrettent cette modification car, selon leur expérience, les diplômées du cours prolongé pouvaient assumer de plus grandes responsabilités que les finissantes du cours actuel.

L'aile des cas chroniques présente plusieurs problèmes spéciaux. Jusqu'à récemment, ce service était le seul du genre dans le district et il demeure encore le plus important. On éprouve des difficultés à y assurer une surveillance médicale convenable et un médecin âgé a accepté cette tâche moyennant rémunération[2]. Il est difficile de trouver des infirmières pour l'aile des cas chroniques et le problème se complique du fait que certains membres du personnel refusent de traiter les vieillards qui souffrent de maladies chroniques. La liste de ceux qui attendent leur admission est longue et les départs ne sont pas fréquents.

New Liskeard and District Hospital

Dans cet hôpital[3], qui appartient à des laïques, le nombre approximatif de lits disponibles est de 41 lits d'adultes et de 17 berceaux[4]. Il est de construction récente et son aménagement est excellent pour une institution de sa dimension. Il y a 10 médecins en service actif. La plupart des cas qui relèvent de la chirurgie spécialisée sont dirigés vers Toronto ou vers Kirkland Lake. A l'exception d'un comité général du personnel, l'hôpital ne compte aucun comité spécial. Le laboratoire est dirigé par le Directeur du laboratoire du *Misericordia Hospital* qui est à une distance de cinq milles. L'un des radiologues de Kirkland Lake visite l'hôpital deux fois par semaine. Les dentistes de la région recourent à cette institution pour les cas d'extractions qui exigent une anesthésie générale.

Le personnel non médical à plein temps compte 47 membres[5]:

infirmières licenciées	15
aides-infirmières diplômées	5
technicien en radiologie	1
technicien de laboratoire non diplômé	1
autres[6]	25

[1] Les diplômées ont désormais le titre d'aides-infirmières diplômées.

[2] Ces frais ne sont pas remboursables par l'*Ontario Hospital Services Commission*. Ce médecin consacre aussi un peu de temps à l'exercice de sa profession d'omnipraticien.

[3] Inauguré en 1952. Le premier hôpital de ce nom datait de 1906.

[4] Le *Canadian Hospital Directory* de 1962 signale 42 lits dressés pour adultes et 17 berceaux.

[5] En octobre 1962.

[6] Comprend les infirmiers, les préposés à la cuisine, aux travaux ménagers, aux travaux d'entretien et les employés de bureau.

Le personnel comprend de 12 à 15 infirmières licenciées à temps partiel. L'hôpital n'a pas beaucoup de difficulté à se procurer du personnel; mais il y a une certaine pénurie d'infirmières au cours des vacances d'été. Les techniciens sont toujours en nombre insuffisant. New Liskeard est un centre prospère qui compte d'importantes maisons d'affaires et de petites industries. Conséquemment, plusieurs des femmes ont une formation spécialisée, comme celle d'infirmière. L'hôpital n'a pas de physiothérapeute ni de diététicien mais les autorités croient que ces spécialistes, tout désirables qu'ils soient, ne pourraient être utilisés à bon escient. Cet hôpital ne peut être agréé parce qu'il est trop petit. Son administrateur est versé dans les affaires.

Les cas chroniques constituent un problème. Présentement, certains lits sont occupés par des malades chroniques mais les autorités croient qu'il faut une aile de six à huit lits pour ces cas.

Englehart and District Hospital

Cet hôpital général municipal était autrefois un hôpital d'avant-poste de la Croix-Rouge; il a été inauguré en 1923. La municipalité en a acquis les droits et l'administration en 1955. On y a ajouté une aile pour les cas d'obstétrique en 1960. Il est de petite dimension mais très bien aménagé et le nombre approximatif de lits disponibles est de 34 lits pour adultes et de 8 berceaux[1]. Son personnel se compose des trois médecins d'Englehart. Il n'a aucun comité du personnel. Un radiologue de Kirkland Lake visite cet hôpital deux fois par semaine. Le bactériologue du *Kirkland Lake Hospital* dirige le petit laboratoire et s'y rend deux fois par semaine. C'est une infirmière qui administre cet hôpital.

Le personnel non médical à plein temps compte 46 membres[2]:

infirmières licenciées	6
aides-infirmières diplômées	4
auxiliaires	7
infirmier	1
autres[3]	28

L'hôpital éprouve de grandes difficultés à trouver du personnel professionnel. La population de ce petit centre n'offre pas un choix étendu. Les médecins voudraient pouvoir disposer de plus d'appareils, d'un réseau de distribution d'oxygène et d'un générateur secondaire, qui leur permettraient de pratiquer des interventions plus complexes. Les problèmes posés par les cas chroniques ne sont pas de nature grave, car l'hôpital est assez grand pour répondre aux exigences de ce petit centre. Cependant, certains malades âgés et chroniques qui se trouvent à l'hôpital pourraient facilement être traités ailleurs s'il y avait des maisons de santé et des foyers pour les vieillards.

[1] Il comprend 28 lits pour les cas médicaux et chirurgicaux, 6 lits obstétriques et 8 berceaux. Le *Canadian Hospital Directory* de 1962 signale le même nombre de lits dressés.

[2] En octobre 1962.

[3] Employés de bureau, préposés à l'entretien, aux travaux ménagers et à la cuisine.

Remarques générales

Les hôpitaux du district de Timiskaming sont aux prises avec plusieurs problèmes. L'un de ces problèmes, la pénurie aiguë de personnel, affecte les quatre institutions de façon plus ou moins marquée. Elle est moins grave dans Kirkland Lake, le plus grand centre, et dans New Liskeard, qui est une municipalité relativement riche habitée par des gens de classe moyenne. L'insuffisance de personnel est grave à Haileybury et moins inquiétante à Englehart. Cette pénurie s'applique à toutes les catégories professionnelles et techniques. Le district offre des cours seulement pour les techniciens de laboratoire, les techniciens en radiologie et les aides-infirmières diplômées. Les hôpitaux de la région doivent recourir à l'extérieur pour se procurer des spécialistes dans les autres branches.

Le nombre relativement faible de médecins, même au *Kirkland Lake Hospital* qui est agréé, constitue une autre difficulté. Certains médecins sont plus ou moins opposés à ce que leur travail soit surveillé par des comités du personnel. Les conseils et les administrateurs des hôpitaux craignent d'être trop sévères en insistant sur la nécessité de cette surveillance aux fins de respecter les normes établies.

Les cas chroniques de personnes âgées qui n'ont pas un besoin réel d'être dans un hôpital général, mais qui y sont parce qu'il y a trop peut de services spéciaux pour elles, constituent un autre problème. Une seule infirmière de l'Ordre Victoria est affectée à Kirkland Lake[1]. L'Unité sanitaire n'accorde que peu de soins à domicile aux malades alités et ne peut faire davantage en raison du peu de ressources et de personnel dont elle dispose.

Les services de réadaptation sont aussi en souffrance. *L'Ontario Society for Crippled Children*[2] et la *Rehabilitation Foundation for the Disabled*[3] dispensent certains services de réadaptation. Il y a un physiothérapeute indépendant dans la région de Kirkland Lake et un autre est attaché au *Kirkland Lake Hospital*. Mais ces spécialistes sont rares et il n'est pas facile de les retenir dans la région.

Le service ambulancier est parfois difficile à obtenir sur demande, particulièrement dans le cas des familles de faible revenu.

Les relations entre les hôpitaux et l'unité sanitaire sont bonnes[4]. Les infirmières-hygiénistes visitent les deux grands hôpitaux deux fois la semaine et les deux petits hôpitaux une fois la semaine afin de voir les cas d'obstétrique qui leur sont adressés par les médecins. Ce service s'étend aux malades de tous les médecins, sauf à celles d'un ou de deux d'entre eux. De ce fait, ce service est offert à toutes les futures mères. De plus, les infirmières-hygiénistes font quelques visites à des cancéreux à l'hôpital et parfois à d'autres malades qui leur sont

[1] Voir p. 371.
[2] Voir p. 372.
[3] Voir p. 373.
[4] Voir p. 357.

envoyés par des médecins pour les aider après leur sortie de l'hôpital. Dans des cas spéciaux, elles accordent certains soins à domicile dans les régions où il n'y a pas d'infirmières de l'Ordre Victoria. L'unité sanitaire se tient aussi en contact avec les hôpitaux par l'intermédiaire du médecin-hygiéniste qui est membre consultant du personnel médical du *Kirkland Lake Hospital.*

SERVICES OFFICIELS DE BIEN-ÊTRE

Bureau régional du ministère du Bien-être social de l'Ontario

Le bureau régional de Kirkland Lake dessert les districts de Timiskaming et de Cochrane. Il y a quatre bureaux auxiliaires, dont l'un se trouve à Haileybury. Le personnel de ces bureaux reçoit les demandes et distribue directement les allocations prévues par la loi, qu'elles émanent du gouvernement fédéral et de la province, ou de la province seule[1]. Le personnel s'occupe aussi de l'ensemble de la Sécurité sociale[2] dans les régions sans administration définie, et, là où les municipalités sont organisées[3], surveille la gestion de cette Sécurité sociale. Des directeurs locaux de l'assistance sociale, le service de santé[4] et des organismes à caractère social dirigent les demandeurs vers les bureaux ou s'occupent des demandes lorsque celles-ci rentrent dans une catégorie bien déterminée. Ce personnel consulte aussi les dossiers pour déterminer quelles sont les personnes admissibles.

En octobre 1962, les dossiers renfermaient les noms de:

500 bénéficiaires des allocations aux mères et aux enfants à charge

250 bénéficiaires de la Sécurité sociale[5]

975 bénéficiaires de l'assistance-vieillesse

483 bénéficiaires des allocations aux invalides

71 bénéficiaires des allocations aux aveugles

2,279

Il y a dans cette région de nombreux et graves problèmes d'assistance sociale. Il y a quelques localités isolées, peuplées d'Indiens et de métis, dont les conditions de vie sont mauvaises. Certains d'entre eux vivent sous des tentes toute l'année et vivent du fruit de la chasse et de la pêche. Il s'ensuit que l'hygiène laisse à désirer dans ces petits villages.

---

[1] Ce sont l'assistance-vieillesse, les allocations aux invalides, les allocations aux aveugles, les allocations aux mères et aux enfants à charge.

[2] Loi sur la Sécurité sociale, Statuts revisés de l'Ontario.

[3] Le gouvernement fédéral participe à raison de 50%, la province à raison de 30% et les municipalités, 20%. Des suppléments autorisés s'élevant jusqu'à $20 par mois peuvent être accordés à la discrétion des municipalités avec partage des frais dans la proportion de 85:25 p. 100 par les divers échelons du gouvernement et la municipalité en cause.

[4] Par exemple, pour les allocations postsanatorium.

[5] Dans les municipalités avec ou sans administration définie.

Un autre problème est imputable au fait que beaucoup de bûcherons et de mineurs ne participent à aucun régime de pension et que l'assistance publique devient leur seule ressource à l'âge de la retraite. Beaucoup d'entre eux finissent leurs jours misérablement dans des pensions dont les normes sont inadmissibles.

Services de bien-être du canton de Teck

Dans la plupart des municipalités, c'est le secrétaire-trésorier qui s'occupe des allocations sociales. Peu de municipalités distribuent plus que le minimum fixé par la loi. L'interprétation de la Loi sur la Sécurité sociale est plus ou moins large suivant les endroits. Dans le canton de Teck, ce n'est par le secrétaire-trésorier qui s'occupe de l'assistance sociale, mais un administrateur désigné. La plupart des bénéficiaires sont des chômeurs incapables de travailler pour raisons de santé mais insuffisamment handicapés pour bénéficier des allocations aux invalides[1], ou encore des chômeurs sans spécialisation, pour lesquels on ne trouve pas de travail. En hiver, on accorde dans des cas spéciaux des suppléments aux familles nombreuses, aux vieillards justiciables de médicaments spéciaux et aux personnes dont les prestations d'assurance-chômage sont insufficantes. Mais, en mettant les choses au mieux, il n'en reste pas moins que ces suppléments sont modiques. Le Canton de Teck, en accord avec les directives de l'*Ontario Hospital Insurance Commission,* paie les primes d'assurance-hospitalisation seulement pour les contribuables qui sont susceptibles d'être malades durant un mois ou plus au cours de l'année. Dans les autres cas, le Canton paie le taux des indigents *per diem* fixé par la loi, selon le nombre de jours d'hospitalisation. L'assistance paie les lunettes des vieillards et les associations de bienfaisance paient une partie du coût de celles des enfants. L'assurance-hospitalisation couvre seulement le coût des extractions. Les dentistes ou les associations de bienfaisance assument les frais des obturations et des dentiers. Le régime d'assurance médicale de l'Ontario couvre certains frais médicaux, mais quelques médecins se montrent peut disposés à soigner les malades qui sont protégés par ce régime.

Les autorités locales d'assistance sont aux prises avec des problèmes de santé connexes pour lesquels il n'existe présentement aucune solution satisfaisante. Les soins dentaires sont de ce nombre, ainsi que les cas psychiatriques indéterminés qui ont besoin de soins, mais que l'on ne peut certifier. Les vieillards malades, surtout les célibataires, qui sont inadmissibles dans les services des cas chroniques des hôpitaux généraux, soulèvent aussi un problème actuelle. ment insoluble. Les familles à faible revenu, à faible niveau d'instruction, ont un besoin "chronique" d'assistance. Ils sont pour les autorités en cause un sujet permanent d'inquiétude. L'administrateur de l'Assistance sociale collabore étroitement avec le personnel régional du Ministère de l'Ontario, le personnel de l'unité sanitaire, le personnel de la Société d'aide à l'enfance et avec d'autres groupes, quand il s'agit d'apporter une solution à des cas déterminés.

---

[1] Ce groupe comprend des mineurs qui, tout en étant jeunes, souffrent légèrement de silicose.

LOGEMENT ET SERVICES POUR LES VIEILLARDS

Northdale Manor, New Liskeard[1]

Ce foyer pour vieillards est sous les auspices du *United Church Board of Evangelism and Social Service.* Il est sous la direction de trois presbytères régionaux et d'un conseil local qui se réunit chaque mois afin de donner des directives, de distribuer des fonds, etc. L'infirmière-chef n'est pas licenciée. Il y a 15 chambres simples, 10 chambres doubles, y compris une section pour deux couples. Comme la proportion des hommes âgés qui sont seuls tend à être plus élevée dans ce centre qu'ailleurs, il y a plus d'hommes que de femmes qui demandent leur admission à ce foyer. Les pensionnaires doivent être en bonne santé et n'avoir besoin que d'un minimum de soins. Quand ils deviennent malades, ils sont traités sur les lieux seulement s'il s'agit d'une brève maladie. Les vieillards qui sont atteints de sénilité ne sont pas renvoyés du foyer pour autant que leur comportement et leurs soins ne soulèvent pas de graves difficultés.

En 1962, la pension était de $77 par mois. Le ministère provincial du Bien-être social paie un taux *per diem* proportionnel aux ressources des pensionnaires. Le foyer reçoit aussi de l'aide du *Board of Evangelism* de l'Eglise Unie, d'autres organismes de l'Eglise Unie et des pensionnaires en mesure de le faire. La majorité des pensionnaires sont membres de l'Eglise Unie, mais plusieurs d'entre eux appartiennent à d'autres sectes protestantes et à la religion catholique. L'association locale des ministres organisent les services religieux des protestants et le curé de l'endroit s'occupe des catholiqués.

Le foyer est très agréable, très confortable et bien aménagé. Il répond aux exigences de la classe moyenne.

Remarques générales

Les problèmes soulevés par les vieillards qui souffrent de maladies chroniques et qui doivent être traités dans des institutions ou recevoir des soins à domicile organisés ont été décrits antérieurement[2]. Les vieillards qui peuvent marcher et qui requièrent des soins minimes présentent une autre difficulté. Un programme de soins à domicile organisés serait utile pour les vieillards dont l'état n'exige pas de soins spécialisés. L'établissement de pensions à prix modique est de première nécessité pour les gens âgés qui ne peuvent habiter seuls. Les mineurs âgés, célibataires et retraités, qui comptent uniquement sur la pension de la sécurité de la vieillesse, posent un problème spécial. Il n'existe pas de bonne pension à prix modique dans la région, à l'exception d'une petite pension privée et du foyer administré par l'Eglise Unie du Canada à New Liskeard. En décembre 1962, une forte majorité des contribuables de Kirkland Lake (canton de Teck) a voté la construction d'un foyer municipal pour les vieillards. Ce nouveau foyer saura peut-être satisfaire aux exigences dans ce domaine.

---

[1] Il existe aussi une maison de pension privée pour les vieillards qui peuvent marcher. On peut y loger douze personnes. Cet endroit n'a pas été visité.

[2] Voir p. 367.

AUTRES SERVICES DE SANTÉ PRIVÉS ET SERVICES SOCIAUX

Infirmières de l'Ordre Victoria, canton de Teck

Il n'y a, dans le canton de Teck, qu'une seule infirmière de cet Ordre spécialisée en hygiène publique. Une autre infirmière s'occupait autrefois de la région de New Liskeard. Ce service a été abandonné depuis très longtemps pour des raisons économiques et parce qu'il était insuffisamment utilisé. Le programme du canton de Teck, qui comptait antérieurement une infirmière à pleim temps et une à temps partiel, comprend les soins généraux à domicile, tels que bains, injections, renouvellement des pansements, visites prénatales et postnatales, selon l'avis des médecins. L'infirmière fait des visites une fois par mois jusqu'à l'accouchement, puis une fois par semaine jusqu'à ce que le bébé ait six semaines. Environ un cas sur six dirigés à l'unité sanitaire est confié à l'infirmière de l'Ordre Victoria. Certains médecins envoient directement leurs cas à l'Ordre Victoria. Le programme maternel et infantile représente environ 76 p. 100 des cas visités par l'infirmière de cet Ordre. Cette dernière visite aussi des cas chroniques, entre autres les victimes d'apoplexie, pour leur faire suivre des exercices physiques et orthophoniques, etc. Plusieurs médecins ignorent ce service et il s'ensuit qu'il n'est guère utilisé. La boulangerie Weston, une des grandes entreprises de Kirkland Lake, bénéficie d'un programme d'hygiène industrielle de deux heures par semaine. Un cours de soins infirmiers à domicile est aussi offert une ou deux fois par année, selon les demandes des résidants.

Un conseil privé local administre le budget et fournit une voiture à l'infirmière. En 1962, les recettes en chiffres ronds étaient de:

Subvention municipale	$2,200.00
Honoraires[1]	1,367.80
Fonds civique	1,600.00
Intérêt sur obligations	45.00
	$5,212.80

Les principaux problèmes auxquels l'infirmière doit faire face découlent de l'absence de services dans ces endroits. Il n'existe aucun service d'aide familiale, bénévole ou lucratif. Ce facteur complique le cas des futures mères dont les autres enfants sont en bas âge et celui des vieillards. Les personnes âgées et célibataires, particulièrement les hommes, soulèvent de graves problèmes car la région manque totalement de foyers, de maisons de santé et de pensions convenables pour les vieillards. Ces derniers représentent 88 p. 100 des cas visités à domicile par les infirmières de l'Ordre Victoria.

---

[1] Echelle mobile $0.00 — $2.25.

Société pour les enfants infirmes d'Ontario

L'organisation générale et le programme de la Société ont été décrits précédemment[1]. Cette société compte une infirmière de district spécialisée en hygiène publique et une secrétaire affectée au bureau des districts du Timiskaming et de Cochrane. Cette Société accorde ses services aux enfants dès leur naissance et jusqu'à l'âge de 19 ans[2]. L'infirmière collabore étroitement avec les unités sanitaires du Timiskaming et de Porcupine. La Société tient deux cliniques par année, l'une dans le district du Timiskaming, à Kirkland Lake et l'autre, soit à New Liskeard, soit à Haileybury. A la demande des autorités médicales locales, on amène des spécialistes du *Hospital for Sick Children* de Toronto et les enfants sont adressés aux cliniques par leur médecin de famille. L'infirmière de district de la Société suit les malades et aide le médecin de famille à les traiter. Elle s'occupe aussi des préparatifs nécessaires quand, de l'avis du médecin, les enfants bénéficieraient d'un stage au centre de réadaptation de Toronto. L'association de bienfaisance qui dirige la Campagne des timbres de Pâques de la localité assure le transport du malade vers ce centre.

La Société dirige également un camp pour les enfants infirmes, situé en dehors de Kirkland Lake, et qui reçoit environ 160 enfants chaque été. Ce camp est à la disposition des malades de North Bay et de Sudbury aussi bien qu'à celle des enfants du Timiskaming et de Cochrane.

Les fonds de la Société proviennent de la Campagne des timbres de Pâques dirigée par une association de bienfaisance dans chaque localité et d'une subvention des Fédérations des oeuvres de charité du canton de McGarry[3]. La moitié de l'argent recueilli est envoyée au siège social, à Toronto, et l'autre moitié est remise au bureau local pour couvrir les dépenses de l'exploitation du camp et diverses entreprises locales en dehors des salaires et des frais d'administration. C'est du siège social de Toronto que sont réglés directement ces déboursés[4]. Les dépenses supplèmentaires nécessitées par les programmes locaux sont réglées par le siège social.

Selon l'infirmière de la Société, le besoin le plus urgent est celui de services physiothérapiques et de services orthophoniques. Il est coûteux d'envoyer les enfants à Toronto pour ces traitements. Les écoles soulèvent aussi des difficultés, elles hésitent à recevoir les enfants handicapés en raison du manque de services et de professeurs spécialisés.

---

[1] Voir appendice I, p. 260.

[2] Dans le Timiskaming, 288 enfants ont été suivi en 1962.

[3] On a obtenu $6,222.40 dans le Timiskaming en 1962. De cette somme, $450 provenaient des Fédérations des oeuvres de charité du canton de McGarry.

[4] Les dépenses pour le bureau de district, en 1962, ont été, sauf erreur, de:

Traitements	$8,990.00
Bureau	1,538.00
Déplacements et entretien de la voiture	1,778.00
	$12,306.00

La Société et l'unité sanitaire collaborent étroitement et leurs infirmières-hygiénistes font souvent des visites ensemble[1]. La Société est aussi en rapport constant avec la *Rehabilitation Foundation for the Disabled.*

Rehabilitation Foundation for the Disabled (Parade des dix sous)

L'organisation générale et le programme de la Fondation ont été décrits antérieurement[2]. Son bureau de district de Kirkland Lake assure les services de rééducation du Timiskaming et de Cochrane. Le personnel comprend un auxiliaire social et un secrétaire. Le travail est surveillé par le Conseil de la division régionale et un conseiller médical. Ce dernier est membre du Comité consultatif médical de la province et le Conseil de la division est représenté au Conseil des directeurs de la province. Ces deux organes établissent le programme de rééducation et les représentants locaux surveillent sa mise en oeuvre.

Une clinique médicale et de postobservation se tient annuellement à Kirkland Lake aux fins d'évaluer les résultats du traitement et on y dirige tous les malades des districts du Timiskaming et de Cochrane. Le personnel de cette clinique comprend trois orthopédistes de Toronto qui sont membres du Comité consultatif de l'Ontario. Le diagnostic posé et le traitement recommandé sont transmis au médecin de famille. Dans le cas des malades incapables de payer les frais des traitements, l'auxiliaire social s'occupe de faire les démarches nécessaires à leur règlement en recourant à l'assistance sociale, à d'autres sources locales (associations de bienfaisance, par exemple), pour obtenir l'aide nécessaire, ou aux fonds de la Fondation. La quote-part de la Fondation s'applique uniquement aux frais de traitement qui ne sont pas réglés par d'autres sources.

Le chirurgien de Kirkland Lake peut faire les amputations et les interventions correctives sur des moignons. Mais les opérations orthopédiques plus complexes, comme la pose de membres artificiels et la chirurgie réparatrice se font au *Toronto General Hospital* et au *Toronto East General Hospital*. Il n'y a pas de centre de rééducation dans la région, mais le service de physiothérapie du *Kirkland Lake and District Hospital* peut répondre aux besoins ordinaires. Les malades qui exigent des soins plus suivis sont dirigés vers un centre de rééducation du sud de l'Ontario, généralement au *Frontenac District Rehabilitation Centre* de Kingston. L'organisme bénévole local procure les fauteuils roulants et autres accessoires dont les malades peuvent avoir besoin.

Un psychologue itinérant évalue régulièrement les résultats de l'ergothérapie. Il y a un atelier réservé à Timmins. Les malades y exécutent diffèrents genres de sous-contrats pour les mines et fabriquent aussi des bijoux avec des pierres canadiennes. La Société coordonne son travail avec celui de l'auxiliaire du service de rééducation du ministère du Bien-être social de l'Ontario. Ce ministère assume une grande partie des frais du traitement, de la rééducation, etc. D'autres services provinciaux, comme l'École provinciale des métier de Kirkland Lake et l'École provinciale des mines de Haileybury servent aussi comme centres d'ergothérapie.

[1] Voir p. 357.

[2] Voir appendice I, p. 262.

En 1962, il y avait 182 cas connus dans le Timiskaming, dont 129 ont été activement traités au cours de l'année, entraînant une dépense de $10,001.20. Les fonds nécessaires proviennent de subventions accordées par les fonds civiques, locaux, des campagnes locales de la Parade des dix sous et, au besoin, du bureau principal de l'Ontario. Les fonds receuillis dans le Timiskaming et à Cochrane au cours de 1962 provenaient des sources suivantes:

Campagne de la Parade des dix sous	$11,834.16
Fonds civiques, Kirkland Lake	2,400.00
Fédérations des oeuvres de charité du canton de McGarry	409.00
Divers	41.96
Remboursements pour appareils fournis, et autres	878.60
	$15,563.72

Le total des fonds recueillis dans le Timiskaming, à part les remboursements, a été $4,317 en 1962.

Le programme de rééducation se rattache étroitement à celui de la Société pour les enfants infirmes de l'Ontario. Le service entretient aussi d'excellents rapports avec l'unité sanitaire, dont les infirmières s'occupent activement de dépister et de diriger les cas. Récemment, l'absence de services de physiothérapie a quelque peu entravé le régime de soins local. Le *Kirkland Lake Hospital* a retenu les services d'une physiothérapeute, mais la durée de son stage est imprévisible.

Association antituberculeuse du district de Timiskaming

Des consultations mensuelles ont lieu dans trois régions, comme on l'a signalé précédemment dans le programme du service d'hygiène[1]. Le secrétaire de l'Association affecté à ces consultations de dispensaire y assiste, envoie les cartes de convocation, tient les dossiers, etc. L'Association paie toutes les radiographies pulmonaires, assure, au besoin, le transport au dispensaire et paie le traitement de son secrétaire.

L'Association préconise le programme de radiographie pulmonaire à l'occasion de l'entrée à l'hôpital. Environ 95 p. 100 des hospitalisés sont radiographiés à Haileybury; environ 58 p. 100 à New Liskeard; environ 90 p. 100 à Englehart; et environ 92 p. 100 à Kirkland Lake, selon le dernier rapport trimestriel de 1962.

Les membres de l'Association visitent les foyers autant que la chose leur est possible comme profanes, afin d'offrir des encouragements, de distribuer des vêtements et de donner des conseils aux malades, en matière de rééducation. Ils subviennent aux menus besoins personnels, apportent des cadeaux de Noël et les journaux locaux aux malades de la région qui sont au sanatorium.

---

[1] Voir pp. 340-341.

Les fonds de l'Association proviennent uniquement de la Campagne des timbres de Noël. Au début de janvier 1963, les fonds recueillis, grâce à la campagne en cours, s'élevaient à $8,872.22. L'Association envoie chaque année le montant qu'on lui demande à l'Association canadienne antiburculeuse et à l'Association antituberculeuse de l'Ontario. Elle envoie aussi des dons à *l'International Union Against Tuberculosis Fund,* au *Research Fund* et au *General Fund,* aux fins d'aider toute association locale financièrement incapable de subvenir aux frais de son programme.

L'Association croit que les besoins de rééducation sont trop grands pour être comblés. Elle compte beaucoup sur les infirmières-hygiénistes pour lui signaler les cas en souffrance mais elle croit qu'un auxiliaire social compétent serait d'un précieux secours. L'Association éprouve aussi certaines difficultés à conclure des ententes avec les Ministères du Bien-être social et de l'Instruction publique pour l'inscription des malades aux cours de rééducation professionnelle offerts par ces deux organismes. Un grand nombre des cas qui ont besoin de cette rééducation professionnelle ont une instruction si sommaire qu'ils ne sont pas admissibles aux programmes actuels.

Un autre problème réside dans la difficulté pour l'Association d'obtenir des renseignements relatifs aux malades qui entrent aux sanatoriums et à ceux qui en sortent. On ne peut avoir ces renseignements que par le service d'hygiène, mais il faut souvent attendre pour les avoir.

Institut national canadien des aveugles

L'organisation générale et le programme de l'Institut dans l'Ontario ont été précédemment décrits[1]. Un bureau régional situé à Sudbury dessert le District du Timiskaming. Son personnel comprend un secrétaire, adjoint et un moniteur visiteur. En 1962, il y avait dans le Timiskaming 67 aveugles enregistrés, dont 9 étaient âgés de 18 ans ou moins. Le nombre de cas soumis à un traitement préventif était de 18. Les fonds recueillis sur place au cours de 1962 se sont élevés à $6,313.35[2]. Les frais encourus pour le travail local dans le Timiskaming ont été de $7,586.08.

Croix-Rouge canadienne

L'organisation générale et le programme de la division de l'Ontario ont été décrits antérieurement[3]. Il existe des succursales de la Croix-Rouge dans le Timiskaming, à Kirkland Lake, Matachewan, Englehart, Haileybury, New Liskeard, Cobalt et Coleman.

---

[1] Voir appendice I, p. 266.

[2] Ce montant comprend environ $3,040 provenant du fonds civique de Kirkland Lake et $550 provenant de la Fédération des oeuvres de Charité du canton de McGarry.

[3] Voir appendice I, p. 269.

La Croix-Rouge organise les cliniques de donneurs de sang qui sont tenues deux fois par année à Kirkland Lake, deux fois par année dans la région des trois villes[1], deux fois par année à Englehart et deux fois par année à Larder Lake. Cette Société organise aussi un programme de sécurité nautique, s'occupe des victimes des incendies et des désastres, tente d'aider les émigrants d'outre-mer qui s'établissent dans la région, et collabore aux enquêtes touchant les personnes disparues ou qui manquent à l'appel.

La succursale de la Croix-Rouge de Kirkland Lake et du canton McGarry participe aux fonds civiques et à la Fédération des oeuvres de Charité[2]. Dans les autres endroits, les succursales reçoivent des fonds de ceux qui ont souscrit aux campagnes précédentes et elles s'adressent également aux personnes qu'elle croit capable de souscrire.

Société canadienne du cancer

Le programme général de la Société dans l'Ontario a été précédemment décrit[3]. Elle compte deux sections dans le district du Timiskaming, l'une à New Liskeard et l'autre à Kirkland Lake. Cette dernière a une succursale à Englehart. Ce sont des conseils bénévoles qui dirigent ces sections. Aucun membre n'est rémunéré dans le district. Chaque section dessert sa région environnante: et il y a à peu près la moitié de la population sur le territoire de chacune des deux sections. Les cliniques de diagnostic et de postobservation ont déjà été décrites[4]. La Société fournit le transport, les pansements et certains remèdes aux patients. Elle tente d'instruire le public sur les premiers symptômes du cancer et sur l'importance de subir un examen médical dès qu'il existe le moindre soupçon à cet égard.

Les fonds civiques sont à la disposition de la section du canton de Teck. La succursale d'Englehart a sa propre campagne de souscription afin de contribuer aux fonds à l'unité. La Fédération des oeuvres de charité de McGarry accorde des subventions à l'unité du Canton McGarry. La section locale envoie les fonds qu'elle recueille au bureau provincial et au besoin, reçoit de ce bureau ce qu'il lui faut pour ses dépenses locales. La section a aussi une petite réserve d'environ $150 dont les fonds proviennent de souscripteurs privés. Elle utilise cet argent pour offrir des petits cadeaux, des fleurs, des produits alimentaires spéciaux et des effets personnels aux malades, quand les frais de ces articles ne peuvent être portés au compte de la Société du cancer. En 1962, les recettes inscrites au rapport financier de la section du Timiskaming s'élevaient à $5,668.42.

---

[1] New Liskeard, Cobalt et Haileybury.

[2] Les fonds civiques de Kirkland Lake ont versé $2,800 et la Fédération des oeuvres de charité du canton de McGarry a versé $650 en 1962. La succursale de Kirkland Lake a déclaré, au cours de 1962, des entrées de fonds atteignant presque la somme de $3,603.

[3] Voir appendice I, p. 268.

[4] Voir p. 355.

La Société lance une campagne de souscription annuelle dans la région des trois villes[1]. Les fonds réunis sont partagés entre le compte du bureau provincial et un petit compte courant qu'on garde pour l'assistance locale. Le bureau provincial paie les autres dépenses de la section comme il le fait pour la section du Timiskaming. La section des trois villes a remis $3,987 au bureau de la division de l'Ontario en 1962.

La pénurie de services infirmiers à domicile dans les régions qui ne sont pas desservies par les infirmières de l'Ordre Victoria constitue un problème. L'unité sanitaire dispense certains services dans d'autres endroits, mais dans une certaine mesure seulement, en raison du manque de personnel et de ressources financières. Un problème connexe est celui d'obtenir des services domestiques, surtout pour de longues périodes de temps. La distance à parcourir[2] et, dans certains cas, le manque de commodités, rendent ces services encore plus difficiles à obtenir que dans les régions populeuses de la Province.

La distance entre cette région et le *Princess Margaret Hospital* de Toronto, qui est le centre de radiothérapie le plus rapproché, constitue un autre problème. Les membres de la société locale apprécieraient vivement l'établissement d'un centre moins éloigné[3]. La Société tente constamment de faire augmenter les allocations accordées par le gouvernement pour les voyages à Toronto en wagon ordinaire. Ces frais peuvent être très élevés, surtout si le traitement exige des déplacements répétés.

Les sections locales de la Société croient que les services de soins pour cas chroniques devraient être étendus, car les lits réservés à ces malades dans l'hôpital de Haileybury sont presque toujours occupés. Actuellement il y a des cas chroniques qui sont traités dans les hôpitaux généraux.

Société d'aide à l'enfance du Timiskaming

Le personnel de cette Société comprend un directeur, un surveillant des auxiliaires sociaux, sept auxiliaires sociaux, et cinq commis de bureau. La Société s'occupe des foyers nourriciers pour les enfants de moins de 18 ans, des adoptions, de l'assistance aux mères célibataires, des conseils sur les problèmes parents-enfants, maritaux et familiaux, des enquêtes sur les cas de divorce pour le compte de la Curatelle publique de l'Ontario quand les enfants des conjoints ont moins de 16 ans, et des enquêtes sur les allocations familiales quand on le lui demande. En 1962, le budget de la Société était d'environ $155,000, dont approximativement 93 p. 100 provenait de subventions publiques[4] et 7 p. 100 de

---

[1] New Liskeard, Haileybury et Cobalt.

[2] Par exemple, la section de New Liskeard dessert une région d'environ 2,000 milles carrés, et d'une population d'environ 25,000 personnes dont un certain nombre habite des endroits sans administration définie.

[3] Pas à Sudbury, car il est plus facile de se rendre à North Bay et même à Toronto par le train de nuit. Les radiologues du *Kirkland Lake and District Hospital* tiendraient à établir un programme restreint de radiothérapie.

[4] Municipalités: 80 p. 100; province: 15 p. 100. Honoraires demandés aux parents et autres: 5 p. 100. Voir appendice I, pp. 273-274 et appendice II, p. 327.

sources privées[1]. Les subventions sont accordées pour satisfaire aux exigences de la loi touchant les soins aux enfants sous protection et aux mères célibataires. D'autres services d'ordre social doivent être financés par d'autres moyens.

Les besoins qui ont été soulignés comprennent une clinique d'hygiène mentale pour évaluer et diriger les malades; les soins dentaires et médicaux aux enfants des familles sous l'assistance publique[2]; un service général d'orientation familiale[3]; des maisons de détention pour jeunes délinquants afin qu'ils ne soient pas logés dans des prisons pour adultes en attendant que leur cause soit entendue[4]; un foyer pour pupilles adolescents qui ne peuvent s'adapter aux foyers nourriciers et qui exigent une orientation spéciale; des foyers pour les enfants sous protection; des conseils locaux d'hygiène et d'assistance qui aident à coordonner des programmes et à obtenir des services. La Société entretient des relations étroites avec les autorités du Bien-être social, avec les autorités scolaires, le service d'hygiène et la plupart des médecins.

Le bilan financier de 1961 était le suivant:

Recettes:

Municipalités et autres sociétés d'aide à l'enfance	$107,799.38
Province d'Ontario	20,643.38
Parents et autres	5,073.42
Fonds civique, campagnes privées, subventions	21,096.42
	$154,613.00

Dépenses:

Entretien des enfants sous protection	$ 84,979.12
Coût des services, traitements, déplacements	46,014.33
Administration (traitements des employés de bureau, loyer, fournitures de bureau	22,863.06
	$153,856.51
Surplus	756.49
	$154,613.00

[1] Fonds civique de Kirkland Lake, Oeuvres de charité de Virginiatown (McGarry). Campagnes de la région des trois villes et de Englehart, enquêtes.

[2] Ceux qui sont sous la protection de la Société sont assurés de ces soins.

[3] La Société doit s'en occuper un peu, faute d'autre personne compétente, mais elle ne reçoit que des subventions statutaires pour les soins qu'elle prodigue aux enfants et aux mères célibataires.

[4] Actuellement, les enfants peuvent être détenus de cette façon six jours au plus en attendant l'audience suivante.

Dépréciation (automobiles, meubles)	2,640.50
Surplus en 1961	756.49
Déficit net..........................	$ 1,884.01

Autres organismes

Les autres organismes qui assurent des services qui, sous certains aspects, se rattachent aux services de santé et dont l'activité n'a pas été décrite, sont la *Retarded Children's Society and School*, la *John Howard Society* et la *Young Women's Christian Association*. Des groupes d'églises et des associations de bienfaisance prodiguent aussi des services du même ordre en s'occupant des besoins individuels, tels que les médicaments spéciaux, les produits alimentaires spéciaux, les lunettes et les soins dentaires des enfants qui ne sont pas assurés par des programmes publics.

ÉTUDE SUR PLACE DE L'AGGLOMÉRATION URBAINE DE TORONTO

VUE D'ENSEMBLE

La ville de Toronto est située dans le comté de York, dans le sud de l'Ontario. C'est la capitale de la province d'Ontario et la deuxième ville du Canada pour le nombre de ses habitants. Elle est bornée au sud par le lac Ontario, à l'ouest par le comté de Peel, à l'est par le comté d'Ontario et au nord par l'autre partie du comté de York. La région environnante est une région agricole fertile; mais on y construit de plus en plus d'ensembles résidentiels et industriels. Le climat y est chaud en été et modérément froid en hiver.

En raison de sa situation géographique, Toronto est le carrefour du comté, du lac Ontario au sud, de la riche zone agricole au nord et des régions des forêts et des lacs qui s'étendent juste au-delà. Cette ville a d'abord été un centre de portage pour les Indiens puis un poste commercial pour les Français. Elle est devenue, sous le régime anglais, une petite mais importante municipalité du Haut-Canada et portait alors le nom de York. Un excellent port naturel a contribué à en faire le centre régional des petits villages qui se développaient rapidement à l'ouest et au nord, au début du XIX[e] siècle. Ce facteur a permis à Toronto d'éclipser graduellement sa rivale, Kingston, à l'est. La ville de Toronto a été érigée en municipalité en 1834. La région est rapidement devenue un centre politique, éducatif et commercial au cours de la dernière partie du dix-neuvième siècle mais surtout au cours du vingtième siècle.

Toronto est la capitale de la province la plus populeuse du Canada, l'Ontario. En 1953, la ville et 12 municipalités adjacentes[1] ont acquis un statut métropolitain dont la forme de gouvernement est celle du gouvernement fédéral. Les conseils municipaux particuliers conservent leur autonomie dans de nombreux domaines mais la tendance à confier de plus en plus de pouvoirs au Conseil métropolitain[2], qui compte 25 membres, grandit de jour en jour. Ce Conseil comprend 12 représentants élus des 12 conseils municipaux de la région métropolitaine et un président

---

[1] Une région de 240 milles carrés.

[2] Les services de santé et d'assistance sont assurés par chacune des municipalités. L'hospitalisation des indigents, les foyers pour vieillards, les soins postsanatorium et l'entretien des pupilles des Sociétés d'aide à l'enfance incombent à l'administration métropolitaine.

élu qui peut être l'un des membres ou ne pas faire partie du Conseil métropolitain. En général, les représentants de la ville ont préconisé des mesures en vue d'unifier les services de la région, tandis que la plupart des autres municipalités se sont opposées à fusion complète. La structure du gouvernement est maintenant l'objet d'une revision. On a proposé de rediviser la région en plusieurs secteurs de population à peu près égale, appelées circonscriptions ou municipalités; on a aussi proposé la fusion. Les municipalités de l'agglomération urbaine de Toronto sont les suivantes:

Nom	*Erigé en*	*Population* [1]
1. Toronto	Ville	672,407
2. York	Canton	129,645
3. North York	Canton	269,959
4. East York	Canton	72,409
5. Scarborough	Canton	217,286
6. Etobicoke	Canton	156,035
7. Leaside	Ville	18,579
8. Weston	Ville	9,175
9. Mimico	Ville	18,212
10. New Toronto	Ville	13,384
11. Swansea	Village	9,628
12. Forest Hill	Village	20,489
13. Long Branch	Village	11,039

D'après le recensement de 1961, la population de l'agglomération urbaine de Toronto s'élevait à 1,824,481 âmes, soit une augmentation de 322,228 (51 p. 100) depuis 1951[2]. Le groupe le plus important est d'origine anglo-saxonne, mais environ la moitié de la population est de diverses origines. Une partie très considérable des immigrants d'après-guerre se sont établis dans la région et lui ont conféré un caractère très cosmopolite. Les protestants prédominaient autrefois, mais le nombre des catholiques s'accroît rapidement et ils constitueront bientôt le groupe le plus important dans la ville même.

Le développement de la ville et des petites municipalités est demeuré presque statique, alors que les cantons importants de la banlieue se sont développés de façon très rapide. Par exemple, la population de North York a augmenté de plus de 20,000 âmes par année au cours des dernières années. L'agglomération urbaine de Toronto s'est développée plus que l'ensemble de la Province au cours de la dernière décade; mais le développement de la région de Toronto a été encore plus renversant, si l'on tient compte des centres qui sont juste en bordure de ses limites. Ainsi, on constate un développement urbain continu de Hamilton à Oshawa, avec de légères exceptions quand on se rend à St. Catharines, Welland et Niagara Falls. Conséquemment, dans un sens, les données qui se rapportent uniquement à l'agglomération urbaine de Toronto tendent à masquer le développement urbain et industriel de la partie de la Province dont Toronto est le centre.

[1] Données du recensement du Bureau fédéral de la statistique.

[2] Le pourcentage d'augmentation pour l'ensemble de la population de l'Ontario, au cours de la même période, a été de 35.64 p. 100.

Toronto est aujourd'hui un important centre financier et commercial qui ne le cède qu'à Montréal. Environ un cinquième de la population du Canada habite la région économique desservie directement par Toronto et cette population représente approximativement un tiers du pouvoir d'achat du pays. Toronto est doté d'un grand port qui constitue un endroit important de transbordement pour tout l'Ontario et qui a pris de l'importance depuis l'inauguration de la voie maritime du Saint-Laurent. Cette ville est un important terminus pour le transport de trains de voyageurs et de fret des deux grands chemins de fer canadiens. Il y a un grand aéroport international aux limites nord-ouest de la ville et un petit aéroport sur l'île de Toronto. D'imposantes autoroutes rayonnent de Toronto dans toutes les directions et on procède depuis plusieurs années à une complète réfection des quartiers de centre de la ville et on a préparé des plans complets pour assurer de façon harmonieuse tout le développement futur de ce secteur. Le coût de la vie est généralement plus élevé que dans le reste de la Province mais on y trouve facilement des produits de tous les pays du monde. Toronto est aussi un grand centre culturel et éducatif qui compte deux universités. L'Université de Toronto est la plus ancienne; elle se trouve au coeur de la ville et compte environ 17,000 étudiants. L'Université de York est une nouvelle institution dont le nombre d'étudiants atteindra bientôt 5,000. Deux filiales de l'Université de Toronto seront prochainement construites dans l'est et l'ouest de la banlieue. Il y a d'excellentes écoles primaires et secondaires publiques, d'excellentes écoles primaires séparées et un bon nombre d'institutions privées. Il existe aussi de bons centres de formation professionnelle et technique ainsi que des écoles pour les enfants handicapés. Une grande école polytechnique, le *Ryerson Polytechnical Institute*, dessert la région, et il y a diverses écoles commerciales et d'arts et métiers, publiques et indépendantes. La musique, le théâtre et les arts ont une large part dans cette ville. Tous les ans se tient une grande exposition nationale. Il y a trois grands quotidiens, plusieurs petits hebdomadaires locaux et de nombreuses revues. Plusieurs stations radiophoniques et deux stations de télévision diffusent des programmes dans tout le pays. Il y a dans la région de beaux parcs et des centres récréatifs excellents et on en aménage encore d'autres plus nombreux. De plus, les régions des lacs et des forêts du nord sont à une courte distance de la ville.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Des descriptions détaillées des services de santé publique ont été données dans les appendices I à III. Mais, pour l'agglomération urbaine de Toronto, nous avons cru bon d'employer une formule plus générale car nous croyons qu'une vue d'ensemble sera plus utile. Pour obtenir des détails déterminés, on devra consulter les rapports annuels des différents bureaux d'hygiène.

Structure générale

L'agglomération urbaine de Toronto nomme 12 bureaux d'hygiène. Onze d'entre eux sont des bureaux municipaux. L'autre est le bureau de l'unité sanitaire de East York-Leaside. Le bureau d'hygiène d'une municipalité est nommé par le conseil

municipal au cours de sa première assemblée annuelle et comprend un membre nommé par le Lieutenant-gouverneur en conseil[1]. Les membres nommés par le conseil municipal sont nommés pour un an, alors que le membre nommé par le Lieutenant-gouverneur en conseil est nommé selon le bon plaisir du Lieutenant-gouverneur en conseil. La Loi sur la Santé publique de l'Ontario[2] stipule le nombre de membres qui doivent faire partie d'un bureau local, selon la population de la municipalité en question. Les bureaux de l'agglomération urbaine de Toronto comptent de trois à huit membres[3].

COMPOSITION DES BUREAUX D'HYGIÈNE, 1961

Municipalité	Total des membres	Médecin-hygiéniste	Maire ou président du Conseil	Membres du bureau	Membres de la profession médicale	Membres de la Commission scolaire	Autres contribuables
Toronto	7	Oui	Oui	3	1	1	—
		Ex officio					
Scarborough	7	Oui	Oui	1	1	—	3
York	7	Oui	Oui	1	—	—	5
North York	5	Oui	·Oui	3	—	—	—
Etobicoke	5	Oui	Oui	2	—	—	1
Forest Hill	3	Oui	Oui	—	—	—	1
Weston	5	Oui	Non	2	—	—	2
Swansea	3	Oui	Oui	—	—	—	1
Mimico	5	Oui	Non	2	—	—	3
New Toronto	6	Oui	Non	—	—	—	4
Long Branch	8	Oui	Non	1	—	—	6
East York-Leaside	7	Non	Non	3	1	1	*2

* L'un d'eux est nommé par le gouvernement provincial.

Les fonctions d'un bureau local d'hygiène sont de surveiller et d'exiger la mise en vigueur des stipulations de la Loi sur la santé publique et de tout règlement municipal qui s'y rattache. Le bureau d'une unité sanitaire, par exemple celui de East York-Leaside, est aussi chargé des principes et des programmes généraux, des principes d'ordre fiscal, de l'administration du personnel, y compris le recrutement et le congédiement du personnel. Il est également chargé de percevoir les

[1] En pratique, cela signifie le gouvernement de l'Ontario.

[2] Loi et règlements sur la santé publique, statuts revisés de l'Ontario, 1961.

[3] Il est intéressant de noter que la loi stipule que le maire ou le président du Conseil doive faire partie d'un bureau municipal d'hygiène, mais qu'il n'en est pas toujours ainsi en pratique.

revenus provenant de sources locales, provinciales et fédérales et de régler les comptes par l'intermédiaire d'un secrétaire-trésorier nommé à cet effet.

Personnel

Les médecins-hygiénistes tout comme les autres membres du personnel (sauf quelques exceptions où l'on doit engager des supplémentaires à temps partiel pour des fonctions spéciales) travaillent à plein temps à Toronto, York, North York, Scarborough, Etobicoke et East York-Leaside. Les médecins-hygiénistes et certains membres du bureau travaillent à temps partiel seulement dans Weston, Mimico, New Toronto, Long Branch, Forest Hill et Swansea. Cependant, il y a habituellement une ou plusieurs infirmières-hygiénistes, membres du personnel, qui travaillent à plein temps pour le service local d'hygiène de ces municipalités.

Le personnel comprend quatre, cinq ou six personnes dans les petites municipalités et peut en comprendre 500 et plus dans la ville. Évidemment, plus l'administration est importante et complexe, plus il faut de spécialistes. Par voie de conséquence, la ville a le service d'hygiène le plus considérable, le plus complexe et le plus complet de l'agglomération urbaine, tandis que les municipalités plus petites n'ont, en général, que des services essentiels, et minimums.

Les médecins-hygiénistes de l'agglomération urbaine se réunissent périodiquement pour échanger librement leurs vues sur différents aspects. Ces réunions facilitent les décisions qui concernent les programmes qui intéressent toute la région métropolitaine, par exemple, les programmes de vaccination collective contre la poliomyélite.

Le personnel régulier que l'on retrouve toujours dans toutes les unités sanitaires comprend le médecin-hygiéniste, les infirmières-hygiénistes et les inspecteurs sanitaires. Leur nombre dépend de l'importance de la municipalité en question. Dans les grands services d'hygiène, on peut trouver des omnipraticiens, des infirmières licenciées, des aides-infirmières licenciées et certains spécialistes. Les spécialistes comprennent des psychiatres, des pédiatres, des vétérinaires, des travailleurs sociaux, des psychologues, des diététiciens, des professeurs d'hygiène, des statisticiens et d'autres. Le personnel d'un service de santé local peut donc être relativement simple et peu nombreux ou peut-être complexe et comprendre une grande variété de services et un grand nombre de personnes. L'échelle des traitements varie mais en général les émoluments se rangent parmi les plus élevés de la Province.

La nature et l'étendue des services varient également d'une municipalité à l'autre selon le genre et le nombre de personnes employées. Le tableau ci-après indique les membres du personnel pour chaque municipalité au 31 décembre 1962.

(A) PERSONNEL[1] PAR CATÉGORIE

Municipalité	Médecins-hygiénistes		Autres médecins		Infirmières-hygiénistes		Autres infirmières licenciées		Inspecteurs sanitaires		Dentistes		Hygiénistes dentaires		Aides-infirmières enregistrées		Vétérinaires		Cliniciens		Autres		Total	
	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P
York.........	1	—	—	4	25*	1*	1	—	4	—	—	11	—	—	2	—	—	—	8	—	4[2]	—	45	16
North York ...	2	—	—	7	34	13	—	1	11	—	7	22	—	—	—	—	—	—	9	—	9[3]	22[4]	72	65
Etobicoke	1*	—	—	6	27	2	2	1	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	42	9
Scarborough ..	2*	—	1708 h.		42***	3	4	777 h. O.I.V. et Infirmières St. Elizabeth	8	—	1	—	1**	—	—	—	—	—	13	—	—	—	71	3
East York-Leaside	1	1	—	6	21	—	1	—	4	—	—	1	—	—	—	—	—	—	5	1	1[5]	—	33	9
Mimico.......	—	1	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	5
New Toronto..	—	1	—	—	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	3	3
Weston.......	—	1	—	—	3	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2
Forest Hill...	—	1	—	2	4	—	—	1	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	6	6
Long Branch..	—	1	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	4
Swansea	—	1	—	—	1	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	5

C — Temps complet. P — Temps partiel. * 1 vacance. ** 2 vacances. *** 3 vacances.

[1] Selon les rapports annuels de 1962.

[2] Un psychiatre, 1 psychologue, 2 travailleurs sociaux (1 poste vacant pour un travailleur social).

[3] Un ingénieur du bureau d'hygiène, 1 inspecteur de fosses septiques, 7 auxiliaires dentaires.

[4] Vingt-deux auxiliaires dentaires.

[5] Une infirmière dentaire. Une clinique provinciale d'hygiène mentale qui comprend 1 psychiatre, 1 psychologue, 1 travailleur social et 1 secrétaire dessert la région dans un bureau que lui fournit l'unité sanitaire. Ces personnes ne sont pas comprises dans le tableau ci-dessus.

(B) PERSONNEL MUNICIPAL DE TORONTO, PAR CATÉGORIE[1]

Médecins-hygiénistes		Autres médecins		Dentistes		Hygiénistes dentaires		Auxiliaires dentaires		Techniciens dentaires		Vétérinaires		Inspecteurs sanitaires		Infirmières-hygiénistes		Infirmières licenciées		Aides-infirmières licenciées		Psychologues	
C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P
16[2]	—	2[3]	80[4]	10[5]	29	3[6]	—	1[7]	28[8]	11	—	6	—	57[9]	—	196[10]	—	10	2[11]	22[12]	—	7	—

Diététiciens		Statisticiens		Personnel ambulancier		Techniciens de laboratoire		Inspecteurs des salons de beauté		Enquêteurs sur les manutentionnaires d'aliments		Agents préposés à la suppression des rongeurs		Technicien en audiométrie		Chauffeurs		Commis de bureau et secrétaires		Téléphonistes		Total	
C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P
2	—	1	—	47	—	2	—	1	—	2	—	7	—	1	—	3	—	106[13]	plusieurs (variable)	1	—	514	139 + commis

C — Temps complet. P — Temps partiel.

[1]Données fournies par le médecin-hygiéniste le 1er juillet 1963.

[2]Un poste vacant.

[3]Psychiatres pour le service d'hygiène mentale des écoles séparées. La Commission scolaire a son propre service pour les écoles primaires et secondaires publiques.

[4]Comprend 8 omnipraticiens; 4 consultants en audiométrie, en ophtalmologie, en orthopédie et en cardiologie; 1 médecin pour le service de nuit et de fin de semaine; 4 médecins pour les séances de vaccination; 1 directeur pour les soins à domicile; 2 médecins pour les prisons; 1 médecin pour les examens avant l'embauchage; 22 médecins pour les centres de Santé des enfants (3 postes vacants); 37 médecins pour les dispensaires pulmonaires.

[5]Y compris un orthodontiste.

[6]Cinq vacances.

[7]Cinq vacances.

[8]Deux vacances.

[9]Trois vacances, mais deux étudiants suivent des cours de formation.

[10]Quinze vacances.

[11]Personnel de la clinique de nuit.

[12]Deux vacances.

[13]Sept vacances. Si ces postes étaient occupés, le personnel de bureau à temps partiel serait réduit d'autant.

Financement

Les budgets annuels pour les différents services de santé de l'agglomération urbaine de Toronto varient à compter de moins de $9,000 pour Mimico à $2,754,314 pour la ville de Toronto. Les frais annuels per capita varient d'environ 50 cents à plus de $4. Dans le premier cas, il s'agit d'une municipalité dont le personnel est à temps partiel, alors que la municipalité qui a les plus fortes dépenses per capita emploie un personnel considérable et varié, à plein temps.

La principale source de revenu de tous les services de santé est la perception des taxes municipales. Le gouvernement provincial accorde aussi des subventions à la santé pour certains programmes spéciaux. Certains fonds sont aussi disponibles grâce aux subventions fédérales à la santé que le ministère de la Santé de l'Ontario reçoit et transmet aux services de santé municipaux pour des fins spéciales. En Ontario, seulement les services de santé locaux dont le personnel et les services répondent aux normes établies par le ministère de la Santé de l'Ontario peuvent bénéficier des subventions fédérales. Les subventions aident à poursuivre des études et des projets spéciaux, tels que le programme pilote des soins à domicile du Service de Santé de la ville de Toronto. Elles peuvent aussi être utilisées, comme dans East York-Leaside, pour le lancement de nouveaux programmes, comme le recrutement d'un professeur en hygiène publique, et pour étendre son service en embauchant, par exemple, des infirmières-hygiénistes supplémentaires afin d'amplifier son programme de santé dans les écoles secondaires.

Dans le cas des unités sanitaires, dont East-York Leaside est un exemple, le ministère de la Santé de l'Ontario accorde des subventions qui représentent un pourcentage des frais annuels d'administration de l'unité sanitaire. La subvention varie selon l'importance de la région en question et du montant des taxes qu'on peut y percevoir.

Le tableau ci-après indique les recettes et des dépenses des bureaux d'hygiène de l'agglomération urbaine de Toronto en 1961.

Administration et aménagements

L'administration et l'aménagement d'un service de santé local peuvent être très simples dans une petite municipalité. De ce fait, les bureaux et le personnel peuvent être mis à la disposition de certains autres services municipaux. Par exemple, un inspecteur sanitaire peut aussi agir comme inspecteur municipal de la construction ou de la plomberie. Une infirmière-hygiéniste peut avoir son bureau dans une école.

Par ailleurs, une ville considérable comme celle de Toronto a une administration beaucoup plus complexe et des services beaucoup plus complets. L'administration centrale de cette ville est partagée en neuf sections et divisions, dont chacune est dirigée par un personnel ou une personne spécialisés et compétents. Ce personnel ou cette personne sont chargés d'un programme ou d'un service particulier. La ville est divisée en huit districts géographiques et chacun d'eux a son propre bureau de district et son propre personnel. Le personnel d'un district comprend

FINANCEMENT DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE, TORONTO MÉTROPOLITAIN, 1961

Municipalité	Recettes				Dépenses		
	Sources locales	Province	Gouvernement fédéral	Total	Traitements	Loyers, accessoires, etc.	Total
	$	$	$	$	$	$	$
Toronto	2,754,314.00	—	81,085.00	2,835,399.00	2,458,146.00	296,168.00	2,754,314.00
					Entreprises spéciales	81,085.00	2,835,399.00
Scarborough ...	389,170.00	18,000.0C	30,000,00	437,170.00	346,800.00	90,370.00	437,170.00
York..........	224,610.66	—	24,467.00	249,077.66	204,798.18	44,279.48	249,077.66
North York	356,893.00	2,000.00	—	358,893.00	271,999.00	86,894.00	358,893.00
Etobicoke	255,090.14	—	*5,217.05	260,307.19	195,085.38	65,221.81	260,307.19
Forest Hill....	36,929.00	—	—	36,929.00	34,874.00	2,055.00	36,929.00
Weston........	20,000.00	—	—	20,000.00	15,700.00	4,300.00	20,000.00
Swansea.......	11,483.90	—	—	11,483.90	9,547.54	1,936.36	11,483.90
Mimico........	8,838.38	—	—	8,838.38	8,190.00	648.38	8,838.38
New Toronto...	18,741.04	—	—	18,741.04	15,138.00	3,603.04	18,741.04
Long Branch...	9,591.49**	—	—	9,591.49	8,947.30	644.19	9,591.49
East York—Leaside	137,198.27	42,109.43	24,600.52	203,908.22	155,474.52	48,433.70	203,908.22

* Premier trimestre seulement. Aucune subvention reçue à la fin de l'année financière.

**Y compris une somme de $6,198.57, recouvrée de la Commission locale des écoles séparées et la Commission locale des écoles publiques pour les services d'infirmières qui leur ont été accordés.

Source: Données fournies par les services d'hygiène publique en question.

un médecin-hygiéniste, des infirmières-hygiénistes, des inspecteurs sanitaires et des employés de bureau. Le bureau de district dépend du bureau central, et celui-ci dépend du médecin-hygiéniste. Ce dernier est chargé de l'ensemble des services de santé et il relève du bureau d'hygiène municipal.

Les services de santé municipaux plus importants de l'agglomération urbaine se situent entre ces deux extrêmes. Ces services ont un personnel relativement nombreux, y compris certains spécialistes, mais ils comprennent moins de subdivisions que le Service de la ville. Une des structures administratives courantes comprend un directeur des infirmières, un inspecteur sanitaire principal, et un employé de bureau principal. Chacun d'eux est responsable de son personnel respectif vis-à-vis du médecin-hygiéniste. Ces services comprennent parfois un médecin-hygiéniste adjoint, un directeur des services dentaires, et un directeur des services psychiatriques.

Programmes

Salubrité

C'est l'une des fonctions statutaires d'un service d'hygiène local et plusieurs articles de la Loi de l'Ontario sur l'hygiène publique portent sur ce point. Ce domaine comporte un grand nombre de tâches de surveillance et d'inspection dont sont chargés les vétérinaires, les inspecteurs sanitaires, les inspecteurs de la plomberie, les médecins-hygiénistes, et autres spécialistes, tels que les ingénieurs de la santé publique etc. Le travail de ce service peut être réparti en certaines catégories générales.

CONTRÔLE DES ALIMENTS

Ce contrôle comprend l'inspection régulière de divers établissements, des enquêtes spéciales, la mise en vigueur des règlements de l'hygiène et des sanctions dans le cas d'infraction à ces règles. Les établissements surveillés sont les restaurants, les snack-bars, les épiceries de détail, les laiteries, les fromageries, les conserveries de produits laitiers, les abattoirs et les conserveries de viande, les distributrices d'aliments et leurs locaux, les fabriques de boissons sans alcool, et les établissements de réfrigération pour aliments congelés. Une partie du programme comporte des cours d'hygiène donnés aux manutentionnaires d'aliments et aux administrateurs des établissements. Ces directives peuvent être données dans des "écoles pour les manutentionnaires d'aliments" où on utilise différentes méthodes audio-visuelles. De temps à autre, on distribue également des brochures pour rappeler ces directives. Habituellement, cette éducation se fait par contact personnel au cours des visites d'inspection. Dans le cas où les établissements ne répondent pas aux normes et que les conseils et les suggestions demeurent inutiles, on peut user de sanctions et de poursuites en dernier ressort.

INSPECTION SANITAIRE GÉNÉRALE

Il s'agit de l'inspection des salons de coiffure, des salons de beauté, des magasins d'articles de seconde main, des piscines et des pataugeuses, des plages, des foires et des expositions. Ces inspections font partie de la routine de la plupart des services de santé. Il y a aussi les enquêtes sur les infractions signalées. Les inspecteurs sanitaires doivent aussi consacrer beaucoup de temps à enquêter sur les plaintes portées par les gens. Ces plaintes peuvent porter sur la présence de rats, d'insectes et de mauvaises odeurs à l'intérieur ou autour des demeures ou autres bâtiments de la localité.

Les enquêtes sur les systèmes d'égouts se font généralement à la suite de plaintes lorsque des sous-sols sont inondés après de grosses pluies ou parce que les égouts sont obstrués. Ces plaintes peuvent également être faites aux services des travaux publics et de la plomberie. Les services de la Santé et les services des travaux publics collaborent étroitement.

L'analyse régulière des approvisionnements d'eau, privés et publics, suppose que les inspecteurs prélèvent des échantillons d'eau et les soumettent au laboratoire de la santé publique. Toutes les écoles doivent subir une inspection chaque année.

Ces inspections régulières et les enquêtes spéciales sont faites par des inspecteurs compétents du service de santé local sous la surveillance des médecins-hygiénistes. Leur travail est varié et exige des connaissances dans plusieurs domaines.

Dans toutes les municipalités de l'agglomération urbaine de Toronto, il y a des services d'inspection et d'enquêtes dans le domaine de l'assainissement. L'étendue des services et la fréquence des inspections varient considérablement. Certaines municipalités ont un seul inspecteur à temps partiel et le nombre des inspecteurs est faible par rapport au chiffre de leur population. Il s'ensuit donc que les inspections sont moins fréquentes dans ces petits centres que dans les municipalités qui ont un personnel sanitaire nombreux et à temps complet et où la proportion des inspecteurs par rapport à la population est plus élevée. Il est extrêmement complexe d'établir des données statistiques sans bien connaître le nombre d'endroits qui exigent des inspections, le degré de collaboration des propriétaires, et certains autres facteurs difficilement perceptibles à moins d'un examen minutieux et qui porte sur une période assez longue. Par exemple, il peut être préférable d'inspecter certains établissements toutes les semaines alors que d'autres exigent seulement des inspections mensuelles. Mais généralement, les grandes municipalités assurent des services d'inspections régulières plus fréquentes. Par exemple, les restaurants, les boucheries et les boulangeries sont inspectés une fois par mois et les abattoirs tous les trois mois.

Lutte contre les maladies contagieuses

GÉNÉRALITÉS ET VACCINATION

Ce service est l'un des premiers qu'on ait considérés comme devant incomber à l'autorité publique. La Loi de l'Ontario sur la santé publique et, jusqu'à un certain point, la Loi fédérale sur la quarantaine imposent certaines responsabilités statutaires à un bureau local d'hygiène et au médecin-hygiéniste au sujet des maladies contagieuses. Les municipalités sont tenues de signaler chaque semaine, par l'entremise du secrétaire, tous les cas de maladies contagieuses ainsi que les décès qui en résultent, au ministère de la Santé de l'Ontario. Les règlements de la Loi sur la santé publique énumèrent toutes les maladies qui doivent être signalées. La loi stipule aussi que les omnipraticiens signalent au médecin-hygiéniste local tous leurs cas de maladies contagieuses. Cette obligation s'étend également aux chefs de famille et aux directeurs d'écoles. Les règlements de la Loi sur la santé publique spécifient les mesures d'isolement et de quarantaine qu'il faut adopter selon les cas. Le médecin-hygiéniste local est chargé de la mise en vigueur de ces dispositions. Il y a d'autres mesures dont l'objet est de faciliter la lutte contre les maladies contagieuses, notamment la surveillance et le traitement des approvisionnements d'eau municipaux, le traitement et l'évacuation convenables des eaux usées, la destruction sanitaire des déchets et des ordures, la suppression des rongeurs qui peuvent communiquer des maladies et la destruction ou vaporisation des endroits où se multiplient les insectes porteurs de microbes.

La vaccination contre les maladies pour lesquelles on a découvert des mesures préventives déterminées a beaucoup contribué à enrayer des maladies comme la variole, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.

Tous les services de santé de l'agglomération urbaine de Toronto assurent un service de lutte contre les maladies contagieuses. Les règlements sur l'isolement et la quarantaine s'appliquent à toute la province d'Ontario et, conséquemment, leur mise en vigueur est uniforme à toutes fins pratiques. Les inspecteurs sanitaires interprètent les règlements relatifs à l'isolement et à la quarantaine, expliquent les dispositions à prendre pour protéger ceux qui sont en contact avec le malade à domicile et indiquent comment désinfecter au cours de la maladie et quant elle a pris fin.

Il y a des cliniques pour la vaccination primaire des bébés et des enfants d'âge préscolaire dans toutes les municipalités de l'agglomération urbaine de Toronto[1]. Ces cliniques sont tenues régulièrement dans plusieurs centres d'une municipalité à des intervalles d'un mois. On donne des injections de rappel, à intervalles réguliers[2], à tous les enfants d'âge préscolaire.

---

[1] Anatoxine diphtérique, vaccin contre la coqueluche, anatoxine tétanique, vaccin Salk contre la poliomyélite et le vaccin antivariolique.

[2] Anatoxine diphtérique, anatoxine tétanique, vaccin Salk contre la poliomyélite, vaccin antivariolique.

La plupart des municipalités donnent aussi l'occasion aux adultes de se faire vacciner soit, d'ordinaire contre la variole, le tétanos ou la poliomyélite. Ces séances de vaccination peuvent avoir lieu cinq jours par semaine ou seulement une ou deux fois par mois, selon l'importance de la municipalité et de la demande du public.

Le service de santé de la ville de Toronto exploite un service ambulancier qu'on utilise aussi pour les cas contagieux. C'est la seule municipalité de l'agglomération urbaine de Toronto qui offre ce service. Quand la chose est indispensable et, ordinairement, moyennant rémunération, la ville prête ce service ambulancier aux localités adjacentes de la région métropolitaine.

La ville de Toronto a aussi exploité un hôpital pour les maladies contagieuses pendant de nombreuses années. Mais récemment, le Conseil de l'Assistance de l'agglomération urbaine de Toronto a pris possession de cet hôpital. Il est maintenant utilisé pour le traitement des cas chroniques. Certaines sections peuvent être utilisées pour isoler les contagieux dans un cas d'urgence. Mais au cours des dernières années, on a pu constater les difficultés éprouvées par le bureau d'administration de l'hôpital pour prendre les dispositions voulues dans un cas d'urgence, d'abord pour isoler un cas de variole et plus tard pour loger convenablement des porteurs de germes diphtériques. On prend des dispositions pour aménager un petit centre permanent pour isoler les cas contagieux qui ne peuvent être traités convenablement à domicile.

LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Les plans institués dans les localités pour le dépistage et le traitement de la tuberculose ont donné des résultats fort encourageants. Ils ont réduit dans une proportion considérable le taux de mortalité et sensiblement abrégé la période de traitement au sanatorium. Les infirmières-hygiénistes visitent les malades avant leur entrée au sanatorium et après leur sortie du sanatorium, selon le besoin. Les différents hôpitaux généraux tiennent des consultations pulmonaires. Le *Gage Institute* offre gratuitement des services de radiographie pulmonaire à toute la population[1]. Les radiographies pulmonaires lors de l'entrée à l'hôpital sont en vigueur. Les différentes municipalités ont un programme scolaire actif qui comprend l'épreuve à la tuberculine et une radiographie pulmonaire subséquente au besoin.

LUTTE CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES

Dans le domaine de la lutte contre les maladies vénériennes, les services de santé locaux sont tenus de s'assurer qu'on peut obtenir le traitement, gratuitement si nécessaire, soit dans des dispensaires, soit en payant des honoraires à des médecins indépendants. Le ministère provincial de la Santé fournit gratuitement les médicaments nécessaires aux médecins. Les médecins signalent les cas de maladies vénériennes directement au ministère provincial de la Santé. Il incombe au service local de santé de veiller à ce que le traitement soit suivi au

[1] Administré par la *National Sanitarium Association*, société privée affiliée à l'Association canadienne antituberculeuse et l'Association antituberculeuse de l'Ontario, et dont les fonds proviennent principalement de la Campagne du Timbre de Noël.

complet, si un malade cesse de se présenter, et de suivre les personnes avec qui il a eu des relations pour s'assurer qu'elles sont examinées et traitées, s'il y a lieu. Dans l'agglomération urbaine de Toronto, les hôpitaux généraux ont des cliniques spéciales d'examen et de traitement.

Hygiène maternelle et infantile

Dans ce domaine, les programmes des services de santé sont surtout d'ordre éducatif et consultatif. Le médecin traitant ou la clinique externe des hôpitaux généraux de la région donnent les soins médicaux prénatals. Aucun service de santé ne dirige de clinique prénatale indépendante des hôpitaux.

Le programme d'instruction prénatale de l'agglomération urbaine de Toronto comprend deux aspects. Le premier est celui des cours spéciaux offerts aux parents par le Comité prénatal du Conseil de planification sociale de l'agglomération urbaine de Toronto. Ces cours (il y en a d'ordinaire huit par série), sont donnés dans différents centres de l'agglomération urbaine. Il y en a plusieurs séries chaque année dans toutes les municipalités. Ce sont des médecins, des infirmières-hygiénistes, des infirmières de l'Ordre Victoria et des infirmières de la *St. Elizabeth Nursing Association* qui dirigent ces cours. Les pères comme les mères peuvent fréquenter ces cours pour lesquels on demande un modeste droit d'entrée afin d'en couvrir les frais. Le curriculum comprend des causeries et des démonstrations sur les aspects élémentaires de la grossesse et des soins à donnés aux bébés. Un cours d'exercices de relâchement musculaire est aussi offert aux futures mères qui ont obtenu l'assentiment de leur médecin. C'est un bon exemple de programme à l'échelle métropolitaine lancé par un organisme privé mais assuré conjointement par le personnel des services de santé locaux et les membres des organismes privés de gardes-malades.

Le second aspect du programme est celui des visites prénatales à domicile par les infirmières-hygiénistes des services de santé, par les infirmières de l'Ordre Victoria et les infirmières de la *St. Elizabeth Nursing Association.* Ces visites sont faites à la demande des médecins traitants ou des cliniques des hôpitaux. Ce service est restreint dans certaines municipalités plus petites, tandis que, dans les municipalités plus considérables, il est plus complet et les infirmières-hygiénistes y consacrent beaucoup de leur temps.

Dans l'agglomération urbaine de Toronto, presque tous les accouchements se font dans les hôpitaux et il n'y a pratiquement pas d'accouchements à domicile.

Les infirmières-hygiénistes ou les infirmières de l'O.V. et de la *St. Elizabeth Nursing Association* font des visites régulières postnatales à domicile dans toutes les municipalités sur réception d'un avis d'enregistrement de naissance. La seule exception est une municipalité relativement à l'aise où ce service est donné seulement à la demande d'un médecin ou d'une clinique d'hôpital. Les infirmières-hygiénistes sont attachées à plein temps aux hôpitaux généraux dans plusieurs municipalités, par exemple, la ville de Toronto et de East York-Leaside. Ces infirmières-hygiénistes assurent un service hospitalier et leur fonctions

peuvent comporter des visites aux nouvelles mères hospitalisées, avec le consentement de leur obstétricien. Quand des visites à domicile semblent indiquées après la sortie de l'hôpital, il est facile de prendre des dispositions pour que les infirmières-hygiénistes suivent ces cas. La plupart des services de santé ont déclaré que les délais dans la réception des avis entrainaient souvent des retards de quelques jours ou même de quelques semaines dans les visites post-natales à domicile après le retour de la mère chez elle. Selon leur expérience, les mères et surtout les primipares sont heureuses de recevoir de l'aide et des conseils, particulièrement quand ils sont prodigués dès leur retour au foyer.

Des conférences sont données dans toutes les municipalités de la région sur la croissance et les soins à donner aux bébés et aux enfants d'âge préscolaire, à l'exception de Forest Hill. Ce petit centre résidentiel est surtout habité par des familles aisées dont les bébés et les enfants sont suivis par des médecins. Des causeries sur la santé des enfants ou causeries sur les bébés de santé normale, sont données dans tous les autres endroits. Elles permettent aux parents de consulter les infirmières-hygiénistes sur les questions relatives au développement normal des bébés et jeunes enfants. Dans certains services de santé plus importants dont le personnel est engagé à plein temps, comme à Toronto, Etobicoke, Scarborough et East York-Leaside, il y a des cliniques d'hygiène infantile dirigées par des médecins qui conseillent les parents et examinent les bébés. On fait remarquer qu'il ne s'agit pas de centres de traitement mais des cliniques pour les enfants en santé. Les cas qui exigent des soins médicaux sont dirigés sur les médecins de famille et sur les cliniques des hôpitaux. Dans les municipalités plus importantes, les conférences et les consultations ont lieu dans des endroits commodes, ordinairement des écoles, églises ou autres édifices publics de la localité. Dans les petites municipalités, on utilise généralement un édifice du centre de la ville pour ces réunions. Les cliniques et les conférences sont tenues à des intervalles d'une semaine dans la plupart des endroits, mais une fois ou deux fois par mois dans certains d'entre eux.

Centres d'hygiène infantile

Municipalité	Médecin de service (Consultation)	Infirmière-hygiéniste de service (Conférence)
Toronto	X	
Etobicoke	X	
North York		X
York		X
Scarborough	X	
Weston		X
Swansea		X
Mimico		X
New Toronto		X
Long Branch		X
E.Y.-Leaside	X	
Forest Hill	Aucune consultation	

On peut avoir l'immunisation primaire dans la plupart des centres d'hygiène infantile. Un antigène mixte contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite est administré aux enfants. On recommande et l'on donne aux bébés de moins d'un an le vaccin contre la variole. Les séances de vaccination sont tenues une fois par mois dans un ou deux endroits; ce sont des séances spéciales. Ce service d'immunisation est offert à tous les bébés de la région, quelle que soit la condition financière de leurs parents.

En général, les parents cessent de venir aux centres d'hygiène infantile quand l'enfant a atteint l'âge de 18 à 24 mois. Fréquemment un service de Santé ne revoit plus un enfant depuis ce moment jusqu'à son entrée à l'école, à moins qu'une infirmière-hygiéniste ne le visite à domicile sur demande ou pour une autre raison.

Les pensions pour bébés sont surveillées et immatriculées par le médecin-hygiéniste local. Beaucoup d'enfants y sont placés par des organismes de placement familial, comme les Sociétés d'aide à l'enfance, le *Infants' Home,* et autres, mais ces placements se font aussi par des particuliers. La majeure partie de ces pensions se trouvent dans les municipalités plus considérables.

Service d'hygiène scolaire

Il y a un service d'hygiène scolaire, sous une forme ou une autre dans les 13 municipalités de l'agglomération urbaine de Toronto. Mais la nature et la mise en oeuvre des programmes de santé varient considérablement. Ces services ont pour but d'assurer une ambiance scolaire satisfaisante pour les élèves, de réduire au minimum le risque de propagation des maladies contagieuses, et de veiller à ce que chaque enfant jouisse du meilleur état physique, mental et émotif possible afin de bénéficier pleinement de son cours d'enseignement.

A cette fin, la Loi de l'Ontario sur la santé publique exige qu'un médecin-hygiéniste local présente annuellement au ministère de la Santé de l'Ontario, un rapport complet d'inspection sanitaire pour chacune des écoles sous sa surveillance. En outre, afin de dépister les défauts physiques et d'en avertir les parents pour qu'ils recourent à des mesures correctives, les médecins et les infirmières-hygiénistes font subir des examens médicaux ainsi que des examens de la vue et de l'ouïe aux écoliers.

Depuis quelques années, la pratique d'envoyer une formule aux parents leur demandant de faire examiner leurs enfants par le médecin de famille avant le début de l'année scolaire se répand de plus en plus. On le fait dans la plupart des municipalités de l'agglomération urbaine de Toronto. Quand les parents n'ont pas tenue compte de cette demande, ils peuvent demander au médecin de l'école d'examiner leurs enfants à la rentrée des classes. Dans quelques petits centres, une ter les employés malades à domicile. Les infirmières attachées aux industries demandent fréquemment à leur service de santé local de les aider à préparer des

infirmière-hygiéniste peut faire un examen superficiel, mais il n'y a pas d'examen médical. Cependant, dans North York, tous les élèves de Ière année subissent un examen médical avec le consentement de leur parents.

Certains services de santé exigent que les élèves soient subséquemment examinés par leur médecin de famille, souvent quand ils sont en IX année. Si les élèves ne sont pas examinés par leur médecin de famille, ils peuvent être examinés par les médecins de l'école. Par contre, certains services de santé offrent des examens médicaux à tous les élèves dans certaines classes. Par exemple, l'une des municipalités offre des examens réguliers en Ière, VIIe et XIe; un autre centre offre un examen à tous les élèves de IXe. Certaines régions n'assurent pas d'examens réguliers mais offrent des examens spéciaux aux élèves qui souffrent de handicaps. Ces examens peuvent être faits à des intervalles fixés par le médecin de l'école. Tout examen médical qui exige que l'élève ôte ses vêtements ne peut se faire sans le consentement des parents, soit qu'il assistent à cet examen (et on le suggère), soit qu'ils signent une formule d'autorisation.

EXAMENS MÉDICAUX PRÉSCOLAIRES

Municipalité	Examen par le médecin de famille	Examen par le médecin de l'école pour ceux qui n'ont pas été examinés par leur médecin de famille	Examens par le médecin de l'école pour tous les élèves	Examen superficiel par l'infirmière seulement pour ceux qui n'ont pas été examinés par leur médecin de famille
Toronto	X	X		
Etobicoke	X	X		
York	X	X		
North York......			X	
Scarborough	X	X		
EastYork-Leaside	X	X		
Long Branch	X			X
New Toronto	X			X
Mimico	Service assuré par la Commission scolaire			
Weston	X	X		
Forest Hill			X	
Swansea			X	

Certains services de santé font subir un examen médical à tous les élèves qui pratiquent des sports de compétition alors que d'autres exigent le consentement écrit des parents, accompagné du rapport médical du médecin de la famille. Il n'existe donc aucune façon uniforme de procéder par rapport à ce service. Dans certains centres, particulièrement dans les municipalités plus petites, il peut en fait n'exister aucun service médical scolaire. Dans ces cas, ce sont les infirmières-hygiénistes qui assurent ce service par des examens à intervalles réguliers.

Tous les services scolaires prévoient des examens de la vue et de l'ouïe. Le test visuel comporte ordinairement l'emploi du diagramme standard Snellen et il est fait par une infirmière-hygiéniste. Cependant, le Collège d'optométrie, à la requête de la Commission scolaire locale, assure un service de sélection visuelle. Ces tests sont poursuivis automatiquement dans des classes déterminées.

Dans certaines municipalités les infirmières-hygiénistes font des tests auditifs rudimentaires en employant la méthode à haute voix et à chuchotement. Des municipalités plus importantes offrent des tests audiométriques, procédé de sélection beaucoup plus précis. Des techniciens spécialisés ou des infirmières-hygiénistes peuvent faire passer ces tests.

Les écoliers qui souffrent de défauts visuels ou auditifs sont dirigés vers leur médecin de famille ou à des cliniques spécialisées afin d'obtenir une évaluation plus exacte et le traitement correctif qui s'impose. La ville de Toronto offre des cours spéciaux aux enfants dont les défauts visuels ou auditifs sont trop prononcés pour leur permettre de suivre le cours régulier. En prenant les dispositions voulues, les élèves des autres municipalités de l'agglomération urbaine de Toronto peuvent s'inscrire à ces cours spéciaux.

TESTS VISUELS ET AUDITIFS SCOLAIRES

	Vision		Audition	
Municipalité	Par l'infirmière	Par l'Institut d'optométrie	Par l'infirmière	Par audiomètre
Toronto	X			X
Etobicoke	X			X
York	X		X	
North York	X			X
Scarborough	X			X
East York-Leaside	X			X
Long Branch	X		X	
New Toronto	X		X	
Mimico	X	X	X	
Weston	X	École secondaire	X	
Forest Hill	X		X	
Swansea		X	X	

Dans la plupart des municipalités, on a étendu et augmenté les cours sur les questions d'hygiène à l'échelon de l'école secondaire. Ces cours visent à persuader les élèves de veiller à leur propre santé et à éveiller le sens de leur responsabilité à ce sujet. Les infirmières-hygiénistes et les médecins des écoles, le cas échéant, affirment qu'ils consacrent beaucoup de temps à ces conseils. A cet égard, trois des plus grandes municipalités ont des services d'hygiène mentale spéciaux. La commission scolaire de la ville de Toronto possède son propre personnel de psychiatres, de psychologues et d'auxiliaires sociaux. Le Service municipal d'hygiène offre aux écoles séparées un service d'hygiène mentale comparable. Dans trois municipalités, soit les cantons de York, d'East York et de Leaside, il y a des cliniques d'hygiène mentale vers lesquelles sont dirigés les écoliers. Les autres municipalités dirigent les cas aux consultations externes d'hygiène mentale de plusieurs hôpitaux généraux les et sur trois hôpitaux psychiatriques de l'agglomération urbaine de Toronto[1]. Il existe aussi deux dispensaires d'hygiène mentale exploités par des organismes privés à Toronto. Des psychologues sont

[1] L'*Ontario Hospital* de Toronto, l'*Ontario Hospital* de New Toronto et le *Toronto Psychiatric Hospital*.

attachés au personnel de la Commission scolaire ou au service d'hygiène de toutes les grandes municipalités. Ces psychologues font des tests réguliers de psychométrie qui contribuent à l'évaluation des capacités scolaires et des progrès des étudiants. L'agglomération urbaine de Toronto est donc bien dotée de services d'hygiène mentale par comparaison avec beaucoup d'autres régions de la province. Même avec cette situation priviligiée, ces services ont un besoin constant d'expansion.

Une infirmière-hygiéniste, dans chacune des municipalités de l'agglomération urbaine de Toronto consacre une partie considérable de son temps au service d'hygiène scolaire. C'est l'usage courant qu'une infirmière passe presque toutes ses matinées dans l'école ou les écoles qui sont de son ressort. Elle donne des interviews, fait des examens, réadmet ou renvoie les élèves atteints de maladies contagieuses, prépare le nécessaire pour la visite du médecin à l'école, organise des colloques avec les professeurs et s'occupe de tests courants. L'infirmière fait aussi à domicile des visites en relation avec le régime de santé scolaire.

Cinq des six municipalités qui ont des services de santé permanents emploient des dentistes à plein temps pour assurer le service dentaire de leurs écoles. Deux des six municipalités dont le personnel est à temps partiel emploient des dentistes à temps partiel pour assurer leur service dentaire scolaire. Le régime le plus courant dans les écoles comporte des examens réguliers de la denture et des conseils d'hygiène dentaire. Habituellement on ne traite les enfants à l'école que dans les cas d'urgence ou lorsque ces enfants sont des pupilles des Sociétés d'aide à l'enfance, dont les parents reçoivent les secours de l'assistance publique. Il existe trois exceptions à cette formule générale dans l'agglomération urbaine de Toronto. Dans trois grandes municipalités, les traitements dentaires, à l'exception de ceux qui sont d'une nature spéciale comme l'orthodontie, sont dispensés à tous les écoliers sur demande des parents et avec leur permission. Dans North York, le budget de ce service représente près d'un tiers des dépenses annuelles totales du service d'hygiène.

SERVICES DENTAIRES À L'ÉCOLE

Municipalité	Pas de service assuré par le service d'hygiène	Examen et conseils	Traitement des indigents seulement	Traitement pour tous les écoliers sur demande
Toronto		X		X
Etobicoke	X			
North York		X		X
York		X		X
Scarborough		X		
Weston	X			
Swansea		X		
Mimico	Par la Commission scolaire			
New Toronto	X			
Long Branch	X			
Forest Hill		X	X	
East York-Leaside		X	X	

Les services de santé locaux des municipalités de l'agglomération urbaine offrent aux écoliers la possibilité de recevoir des injections de rappel contre la variole, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite au moins jusqu'en VIIIe année, et, dans certains cas, à l'école secondaire également.

Hygiène mentale

Les municipalités de Toronto et du Canton de York ont des services d'hygiène mentale. La Division de l'hygiène mentale du ministère de la Santé de l'Ontario a un dispensaire permanent d'hygiène mentale à East York-Leaside. Les services d'hygiène mentale sont assurés par les consultations externes des principaux hôpitaux généraux et par trois hôpitaux psychiatriques de l'agglomération urbaine de Toronto. Ces consultations sont dirigées par des organismes privés, l'Association canadienne d'hygiène mentale et le *Social Planning Council of Metropolitan Toronto*. Depuis quelque temps, les services de santé ont pris une part plus active à la surveillance à domicile des cas de maladies mentales. Cette surveillance s'exerce par des visites faites par des infirmières-hygiénistes ou par des auxiliaires sociaux après que les malades sont sortis de l'hôpital ou qu'ils sont confiés aux soins des spécialistes d'une clinique externe. Souvent aussi on demande l'aide des services de santé locaux pour obtenir l'hospitalisation des malades mentaux et pour les faire transporter dans les cliniques et les hôpitaux, etc.

Quoique l'agglomération urbaine de Toronto compte beaucoup de centres et de services psychiatriques, les listes sont longues des malades qui attendent d'obtenir des entrevues dans des divers dispensaires. Plusieurs des médecins-hygiénistes ont exprimé l'opinion qu'il faudrait des consultations supplémentaires dans leurs régions. Au moins deux des municipalités plus importantes de la banlieue désirent qu'on y établisse des consultations psychiatriques locales, dans un avenir rapproché.

Hygiène industrielle

L'agglomération urbaine de Toronto est un grand centre industriel qui compte de nombreuses industries de toutes sortes. La main-d'oeuvre habite un peu partout dans la région et nombre de personnes travaillent dans d'autres municipalités que celles où elles demeurent. Beaucoup de grandes industries ont un service de médecins et d'infirmières pour leurs employés; d'autres n'ont qu'un service d'infirmières et de premiers soins; il y en a d'autres, évidemment, qui n'ont aucun service.

La Division d'hygiène industrielle du ministère de la Santé de l'Ontario a un personnel de médecins spécialisés en médecine industrielle, ainsi que des physiciens et autres spécialistes. Ces spécialistes sont à la disposition des services locaux de santé ainsi qu'à la disposition de l'industrie pour accorder des consultations et donner des conseils.

Dans ce domaine, le rôle des services locaux de santé consiste principalement à collaborer à certains programmes, comme la vaccination collective des employés. On peut demander à des infirmières-hygiénistes d'un service local de santé de visi-

programmes éducatifs sur la prévention des accidents, la vaccination, etc. Des accessoires audio-visuels, tels que des films, affiches, dépliants sont fournis sur demande. Les services de santé locaux mettent aussi leur personnel sanitaire à la disposition des industries. Les inspecteurs sanitaire peuvent les conseiller sur l'aménagement des cafétérias ou sur d'autres points d'assainissement du milieu.

Soins aux vieillards

Le service de Santé de Scarborough est le seul de l'agglomération urbaine de Toronto qui possède une clinique pour l'examen des veillards à intervalles réguliers. Tout résident de 50 ans ou plus peut prendre rendez-vous pour obtenir une fiche médicale complète, un examen médical et certains tests ordinaires de laboratoires. Dans les autres municipalités, les services de santé collaborent avec les médecins indépendants et les services externes des hôpitaux, pour assurer aux vieillards les services d'infirmières-hygiénistes à domicile. Les infirmières de l'Ordre Victoria et de la *St. Elizabeth Nursing Association* donnent à domicile des soins aux malades alités. La ville de Toronto dirige un programme pilote de soins à domicile pour des cas particuliers, y compris les vieillards.

L'opinion généralement exprimée par le personnel des services de santé locaux de l'agglomération urbaine de Toronto est que les vieillards qui résident dans leurs foyers ont besoins des services suivants:

1. Un service d'infirmières pour malades alités.
2. Un service d'aide familiale, même seulement pour quelques heures par jour ou même deux ou trois jours par semaine.
3. Des immeubles d'habitation avec salles à manger centrales pour assurer des repas convenables.
4. Des visites amicales par des personnes de la localité.
5. Des abonnements de lecture pour ceux qui sont confinés à la maison.
6. Des ''roulantes'' (service ambulant de repas chauds).

Les problèmes communs à ce groupe d'âge sont de plus en plus fréquemment signalés aux services locaux de santé et l'on s'efforce d'y apporter des solutions.

Rapports avec d'autres organismes

Les médecins-hygiénistes ne font partie d'aucun conseil d'administration d'hôpital dans l'agglomération urbaine de Toronto; mais quelques-uns de ceux qui travaillent à plein temps font partie du personnel des hôpitaux locaux, soit comme consultants, soit comme agréés. D'autres n'ont aucun titre officiel, mais sont consultés lorsque des problèmes spéciaux relatifs à la santé publique se présentent dans un hôpital. Les médecins-hygiénistes à temps partiel et qui exercent leur profession font généralement partie du personnel de l'hôpital local. Certains médecins-hygiénistes enseignent dans les écoles d'infirmières des hôpitaux.

Il existe un grand nombre d'organismes privés et semi-officiels dans le domaine de la santé et de l'assistance dans l'agglomération urbaine de Toronto. Tous

les médecins-hygiénistes sont associés d'un façon ou de l'autre aux programmes de ces organismes. Les services de Santé collaborent étroitement avec la Société de secours aux enfants infirmes de l'Ontario, avec les succursales de la Société contre le cancer, de la Société d'aide à l'enfance, de la Croix-Rouge, de l'Institut national canadien des aveugles, du *Family Service Bureau* et de la *Visiting Homemakers Association*, pour en nommer quelques-uns. Les infirmières-hygiénistes, tout particulièrement, consacrent beaucoup de temps aux programmes de ces différents organismes.

AUTRES SERVICES DE SANTÉ ORGANISÉS DE CARACTÈRE LOCAL

A l'exception des services de santé que nous avons visités, le temps nous a manqué pour visiter les nombreux organismes particuliers, installations et services de l'agglomération urbaine de Toronto, comme nous l'avons fait dans les études sur place décrites aux appendices I à III[1]. Les données qui s'y rapportent proviennent des sources complètes de renseignements qu'on peut consulter, particulièrement des nombreuses publications du *Social Planning Council of Metropolitan Toronto*, y compris celles qui se rattachent à la *General Needs and Resources Study*, 1961-1963[2], et des divers rapports sur les besoins hospitaliers rédigés par le *Committee for the Survey of Hospital Needs in Metropolitan Toronto*, 1961-1963[3]. Ce sont des documents publics qu'il faut consulter pour obtenir des renseignements précis sur les programmes et les services particuliers.

---

[1] Il existe plus de 100 programmes organisés relatifs à la santé dans l'agglomération urbaine de Toronto.

[2] *"A Study of the Needs and Resources for Community-supported Welfare, Health, and Recreation Services in Metropolitan Toronto"*, Toronto: *Social Planning Council of Metropolitan Toronto*, 1963.

[3] Voir bibliographie, pp. 409-412.

REMERCIEMENTS

CANADA

M. J.E. Osborne, directeur et son personnel, Division de la recherche et de la statistique, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

M. F.F. Harris, directeur, Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique.

M. W. Thomson, directeur, Service national de placement.

Ministère des Mines et des Relevés techniques.

Dr E. Young, secrétaire administratif, Association canadienne d'hygiène publique.

Dr W. I. Taylor, directeur administratif, Commission canadienne des normes hospitalières.

TERRE-NEUVE

Dr L. Miller, sous-ministre et son personnel, ministère de la Santé.

Dr E. S. Peters, surintendant, West Coast Sanatorium, Cornerbrook.

NOUVELLE-ÉCOSSE

Dr J. S. Robertson, sous-ministre
Dr J. J. Stanton, directeur des services des unités sanitaires
} et le personnel, ministère de la Santé.

Dr W. I. Bent, directeur, unité sanitaire de Lunenburg-Queens, Bridgewater.

Dr G. G. Simms, directeur administratif, Commission de l'assurance-hospitalisation de la Nouvelle-Écosse.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Dr J. A. Melanson, médecin chef
Dr C. W. Kelly, directeur de la planification des services de santé
} et le personnel, ministère de la Santé.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Dr O.H. Curtis, sous-ministre
Dr B.D. Howatt, sous-ministre adjoint
} et le personnel, ministère de la Santé.

Dr O.H. Curtis, directeur administratif, Commission des services hospitaliers de l'Île-du-Prince-Édouard.

QUÉBEC

Dr J. Gélinas, sous-ministre et le personnel du ministère de la Santé.

Dr J. Grégoire, ancien sous-ministre, ministère de la Santé.

Dr Ad. Groulx, directeur, Service de santé, Montréal.

Dr J. Gilbert, secrétaire, École d'hygiène, Université de Montréal.

Dr J.G. Bonnier, directeur, Service d'hygiène, Ville La Salle.

ÉTUDES DE L'ONTARIO

GÉNÉRALITÉS

Dr W.G. Brown, sous-ministre

Dr G.W. Martin, directeur des services administratifs de la santé
M. W. Nichols, agent administratif et administrateur des subventions nationales au bien-être
} et le personnel, ministère de la Santé publique.

Dr J.B. Neilson, président, Commission des services hospitaliers de l'Ontario.

M.V. Bozzer, surveillant, Division de l'administration municipale, ministère des Affaires municipales.

Dr H.L. Patterson, directeur, Division de l'économie et de la statistique agricole, ministère de l'Agriculture.

M. J.R. Delaney, Division des services municipaux, Division du développement industriel, ministère de l'Économie et du Développement.

M. R. Auld, directeur administratif
Mlle S.E. Oliphant, surveillante des Services infirmiers
} Société pour les enfants infirmes de l'Ontario.

Mlle J.E. Keagey, surveillante des Services de bien-être de l'Ontario, Institut national canadien pour les aveugles.

M. W.R. McAdam, commissaire adjoint, Société canadienne de la Croix-Rouge, Division de l'Ontario.

Mme B. McMurray, secrétaire administrative, Rehabilitation Foundation for the Disabled (Parade des Dix sous).

M. M.J. Grimes, directeur administratif, Société canadienne du cancer.

Dr J.N. Swanson, directeur médical
M. J.D. Pearson, directeur administratif
} La Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme, Division de l'Ontario.

M. T. Peirce, directeur adjoint, Conseil du bien-être de l'Ontario.

COMTÉ DE HURON

Dr R. Aldis, directeur et le personnel de l'unité sanitaire du comté de Huron.

M. G. McCutcheon, surveillant, comté de Huron.

M.W. Forbes, président, Bureau d'hygiène, comté de Huron.

M. J.G. Berry, secrétaire-trésorier et secrétaire du Bureau d'hygiène, comté de Huron.

Dr B. Corrin, président, Société médicale du comté de Huron.

M. J.H. Kinkead, inspecteur des écoles publiques, comté de Huron.

M. H. Johnston, surintendant
Dr J.C. Ross, médecin
} Huronview Home for the Aged, Clinton.

M. B.L. Walzak, administrateur, The Alexandra Marine and General Hospital, Goderich.

Mlle C. McGowan, directrice, Société d'aide à l'enfance pour le comté de Huron.

Mme J.B. Russell, secrétaire administrative, Société antituberculeuse du comté de Huron.

M. A. McLean, président, Conseil du Scott Memorial Hospital, Seaforth, et éditeur du Seaforth Expositor.

Mlle V. Drope, administratrice, Scott Memorial Hospital, Seaforth.
Mlle Newell, directrice des soins infirmiers, Wingham and District Hospital.
Mlle P. Thamer, Thamer Nursing Home, Seaforth.
M. M. Gamble
Mlle M. Ryan
} Service posthospitalier, Ontario Hospital, London.

VILLE DE PETERBOROUGH

Dr J.R. Anderson, médecin chef et le personnel, Service d'hygiène, Peterborough.
M. J. Gainey, président, Bureau d'hygiène.
Dr E. Ray, directeur des études, Commission scolaire de Peterborough.
M. J. MacKay, surintendant
M. R. Builder, surintendant adjoint
} Peterborough Civic Hospital.
Révérende Soeur Marie-Paule, administratrice, St. Joseph's Hospital.
M. A. Miller, directeur, ministère de la Santé de l'Ontario, laboratoire régional.
Dr J. Fraser, président, Peterborough County Medical Association.
Dr R.M. Matthews, directeur régional, Ontario Medical Association.
Dr J.T. Stewart.
Dr D.D. Curtis.
Dr P. Smith, président, et le conseil d'administration Peterborough County Dental Association.

Révérende Soeur M. St. Cleta, supérieure, Marycrest Home for the Aged.
M. C.L. Cullimore, surintendant, Fairhaven Home for the Aged.
Mlle C. Manson, surintendante
Mlle A. Drury
} Anson House (Home for the Aged).
M. H.B. Reid, Peterborough Kinsmen Club Enterprises Ltd. (Kinsmen's Court Apartments).
Dr P.G. Lynes, directeur
Dr J. Pratten, ancien directeur
} Clinique psychiatrique de Peterborough.
Mlle G. Sargent, Senior Citizens Association and Local Council of Women.
Mlle J. Moyer, infirmière principale, et le personnel, Infirmières de l'Ordre Victoria, Division de Peterborough.
Mme G. Cornwell, physiothérapeute, Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme, Division de l'Ontario.
Mlle E. Bartleman, infirmière régionale, Société pour les enfants infirmes de l'Ontario.
M. R.J. Padden, secrétaire local, Institut national canadien pour les aveugles, Division de Peterborough.
Rév. Père G.V. Gaughan, auxiliaire social, The Catholic Social Service Bureau, et président, l'Association canadienne d'hygiène mentale, Division de Peterborough.
M. G. Dove, directeur administratif, Société d'aide à l'enfance pour le comté de Peterborough.
Mlle M. Donoghue, secrétaire, Société canadienne contre le cancer, Conseil régional nº 3.

Mme M. Louden, Louden Home Care Agency.

M. M. Bassett, administrateur du bien-être pour Peterborough.

Mme M.E. Irish, Bureau local du ministère du Bien-être de l'Ontario.

M. R. Hancox, rédacteur en chef M. G.W. Craw, directeur	Peterborough Examiner.

Dr J.H. Whiteside, chef du Service de biologie médicale, Peterborough Civic Hospital.

Dr B. Hyatt, biologiste, Peterborough Civic Hospital.

DISTRICT DE TIMISKAMING

Dr R. Harris, directeur et le personnel, l'unité sanitaire du Timiskaming.

Dr C.N. Brebner, président, Kirkland District Medical Society et conseiller médical, Rehabilitation Foundation for the Disabled.

M. D. Kinzie, surveillant des auxiliaires sociaux, Société d'aide à l'enfance pour le Timiskaming.

M. J.F. Lawless, inspecteur en chef des écoles publiques.

M. J.H. Evans, administrateur des Écoles publiques pour le canton de Teck.

M. B. Healey, directeur en chef des écoles séparées anglaises pour le canton de Teck.

M. J.W. McBain, secrétaire du Bureau d'hygiène, district de Timiskaming.

M. J. Lamoureux, administrateur régional, ministère du Bien-être de l'Ontario.

M. R. McKnight, rédacteur en chef. The Timiskaming Speaker, New Liskeard.

Dr K. Middlemiss, Kirkland Lake.

Dr B. Howatson, Kirkland Lake.

Dr Houtling, Haileybury.

M. G. Balls, agent du bien-être, canton de Teck.

M. R. Cameron, administrateur, Kirkland and District Hospital.

Mlle I. Irwin, administratrice, Englehart and District Hospital.

Dr G.W. Gibbon, Englehart.

Révérende Soeur St. Ovide, surintendante des infirmières Mlle Cull, surintendante adjointe des infirmières Mlle M. Hopkins, monitrice en soins infirmiers M. A.G. Dunn, administrateur adjoint	Misericordia Hospital, Haileybury.
M. C. Bowie, administrateur Mlle M. McDonald, surintendante des infirmières	New Liskeard and District Hospital.

Dr F. Farlinger, New Liskeard.

Mme E. Coote, surintendante, Northdale Manor, New Liskeard.

Mme G. Wilner, secrétaire, Société canadienne contre le cancer de l'Ontario, Division de Kirkland Lake et la Société de la Croix-Rouge de l'Ontario, Division de Kirkland Lake.

Mme G.R. Downie, service féminin, présidente, Société canadienne contre le cancer de l'Ontario, Division des trois villes.

Mme J.P. O'Reilly, secrétaire administratrice, Association antituberculeuse du District du Timiskaming.

Mlle N. Cann, infirmière, Infirmières de l'Ordre Victoria, Bureau de Kirkland Lake.

Mlle C. Collins, infirmière régionale, Société pour les enfants infirmes de l'Ontario.

AGGLOMÉRATION URBAINE DE TORONTO

Dr A.R.J. Boyd, médecin-hygiéniste, ville de Toronto.
Dr H.K. Liebe, médecin-hygiéniste, ville de Mimico.
Dr W.K. Cameron, médecin-hygiéniste, ville de Weston.
Feu le Dr D.B. Wilson, médecin-hygiéniste, village de Swansea.
Dr M. Kapusta, médecin-hygiéniste, ville de New Toronto.
Dr A.E. Noble, médecin-hygiéniste, village de Long Branch.
Dr R.E. Fryer-Manacki, médecin-hygiéniste, village de Forest Hill.
Dr W.E. MacBean, médecin-hygiéniste et le personnel, canton de York.
Dr W.G. Watts, médecin-hygiéniste et le personnel, canton de Etobicoke.
Dr C.E. Hill, médecin-hygiéniste
Dr B. Russell, médecin-hygiéniste adjoint } et le personnel, canton de North York.
Dr C.D. Farquharson, médecin-hygiéniste
Dr J.A. Bull, médecin-hygiéniste adjoint } et le personnel, canton de Scarborough.
Le personnel, unité sanitaire de East York-Leaside.
Dr G.H. Agnew, président
M. R.J.C. McQueen } Committee for Survey of Hospital Needs in Metropolitan Toronto.
M. J. Gandy, Social Planning Council of Metropolitan Toronto.

MANITOBA

Dr M.R. Elliott, sous-ministre,
Dr H. Malcolmson, sous-ministre adjoint,
Dr J.B. Morison, directeur des Services de Santé } et le personnel, ministère de la Santé.
M. G.L. Pickering, président, Manitoba Hospital Commission.
Dr R. Cadham, médecin-hygiéniste, ville de Winnipeg.

SASKATCHEWAN

Dr G. Clarkson, sous-ministre,
Dr V.L. Matthews, sous-ministre adjoint } et le personnel, ministère de la Santé.
Dr F.B. Roth, professeur en administration hospitalière et soins médicaux, École d'hygiène, Université de Toronto, et anciennement sous-ministre de la Santé.

ALBERTA

Dr M.G. McCallum, sous-ministre, et le personnel, ministère de la Santé.
Dr M. Bow, anciennement sous-ministre de la Santé.
M. D.W. Rogers, sous-ministre, ministère de la Santé.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Dr J.A. Taylor, sous-ministre Dr G.R.F. Elliott, médecin-hygiéniste adjoint Dr K. Benson, directeur de la Division des services de Santé	et le personnel, Division de la Santé, ministère des Services de santé et de l'Assurance-hospitalisation.

M. D.M. Cox, sous-ministre et le personnel, Service de l'assurance-hospitalisation, ministère des Services hospitaliers et de l'Assurance-hospitalisation.

Dr A.E. Davidson, sous-ministre, Services d'hygiène mentale, ministère des Services de Santé et de l'Assurance-hospitalisation.

Dr J. Mather, doyen adjoint et professeur de médecine préventive, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique.

BIBLIOGRAPHIE

DOCUMENTS ET RAPPORTS PUBLICS

Canada. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique. *L'Administration de la santé publique au Canada.* Série sur les soins de santé, mémoire n° 3, 1958.

. *Services de santé pour les bénéficiaires de l'assistance publique au Canada.* Série sur les soins de santé, mémoire n° 1 (2e édition), 1959.

. *Soins hospitaliers au Canada, Tendances et progrès récents.* Série sur les soins de santé, mémoire n° 12, 1960.

. *Services de Santé et de Bien-être au Canada, rapport préparé pour l'annuaire du Canada de 1962*, 1962.

Canada. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de l'hygiène mentale. *Services psychiatriques externes de caractère local au Canada.* 1960.

Canada. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. *Rapport de l'étude sur les services des unités sanitaires dans huit provinces du Canada 1960.* 1961.

Canada. *Rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social aux termes de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques pour l'année financière terminée le 31 mars 1962.*

Canada. Bureau fédéral de la statistique, Division de la Santé et du Bien-être, Section des institutions. *Statistique de l'hygiène mentale 1959.* 1961.

Liste des hôpitaux canadiens et des institutions et établissements connexes 1962. 1962.

Canada. Bureau fédéral de la statistique, Division de la Santé et du Bien-être, Section de la santé publique. *Statistique des services infirmiers à domicile (Infirmières de l'Ordre Victoria pour le Canada) 1960.* 1962.

Ontario. Ministère des Affaires municipales. *Annuaire municipal 1962.* Toronto: 1962.

Ontario. Ontario Department of Economics. *The Northeastern Ontario Region Economic Survey.* Toronto: 1961.

Ontario. Ontario Department of Economics and Development. *The Lake Ontario Region Economic Survey.* Toronto: 1961.

Saskatchewan. *The Report of the Advisory Planning Committee on Medical Care to the Governement of Saskatchewan.* Regina: 1963.

Saskatchewan. *The Report of the Committee on Aging and Long Term Illness.* Regina: 1963.

Saskatchewan. *The Hospital Survey Report.* Regina: 1961.

États-Unis. Department of Health, Education, and Welfare. Public Health Service. *Medical Care in the United States, The Role of the Public Health Service.* 1961.

État de New York. Department of Heatlh. *Professional Education for Public Health Personnel in New York State.* 1961.

Législation et règlements fédéraux, provinciaux et municipaux sur la question.

Rapports annuels de différents ministères provinciaux de la santé et des administrateurs d'hôpitaux.

Communiqués et mémoires présentés à la Comission royale d'enquête sur les services de santé.

LIVRES

Bryce, Peter H., *The Story of Public Health in Canada in A Half Century of Public Health.* Publié par Mazyak P. Ravenal. New York: American Public Health Association, 1921.

The Federal and Provincial Health Services in Canada. Publié par R.D. Defries (2è édition revisée). Toronto: Canadian Public Health Association, 1962.

Heagerty, John J., *Four Centuries of Medical History in Canada.* Toronto: The Macmillan Company of Canada Limited, 1928.

McNerney, Walter J., and Riedel, Donald C. *Regionalization and Rural Health Care, An Experiment in Three Communities.* Ann Arbor: University of Michigan, Graduate School of Business Administration, Bureau of Hospital Administration, Research Series, No. 2, 1962.

Mott, F.D., and Roemer, M.I. *Rural Health and Medical Care, New York :* McGraw Hill, 1948.

ARTICLES ET PÉRIODIQUES

Barter, Marion I. "The Pilot Home Care Program of Toronto", *Canadian Journal of Public Health,* vol. 54, no. 2 (février 1963), 55.

Breslow, Lester. "The Role of the Local Health Department in Medical Care, "*Canadian Journal of Public Health,* vol. 53, no 1 (janvier 1962),

Dale, B.T. "Home Care Needs in Wellington County ", *Canadian Journal of Public Health,* vol. 53, no 11 (novembre 1962), 452.

"Extension Course for Training Medical Record Personnel, Technicians, and Clerks," *Saskatchewan Hospital Association Bulletin, no* 51 (janvier 1963).

The Globe and Mail. (Toronto). 22 et 27 février et 1er mars 1963.

"Half Our Hospitals Don't Get Official Okay," *The Financial Post.* (Toronto), vol. LVI, no 5 (3 février 1962), 21.

Hastings, John E.F. "Rehabilitation and the Public Health," *Canadian Journal of Public Health,* vol. 53, no 7 (juillet 1962), 279.

Hastings, John E.F. "Issues and Priorities in Health Care," *Selected Papers no 3* (Conseil canadien du bien-être), 1961.

MacGregor, Stewart A. "Rural Ontario and Its Health Problems," *The Journal of the Ontario Dental Association,* vol. 40, no 1 (janvier 1963), 8.

Martin, G.K. and Ladd, K.B. "Maternal and Child Health Services, Ontario, 1958," *Canadian Journal of Public Health,* vol. 51, no 3 (mars 1961), 111.

Neal, May. "United for Action", *Canada's Health and Welfare* (décembre 1962), 4.

Percy, Dorothy M. "Organized Home Care," *Canada's Health and Welfare* (décembre 1960), 2.

Terris, Milton. "The Future of Community Health Services," *Rapports sur la santé publique*, vol. 77, no 10 (octobre 1962), 849.

RAPPORTS ET BROCHURES

Association of State and Territorial Health Officers. *A Long Range Planning Guide for Health Officers.* 1961.

Canadian Association of Occupational Therapy. *Special Course in Occupational Therapy,* Toronto.

Commission des normes hospitalières. *Accredited Canadian Hospitals,* 31 décembre 1962. (Polycopié).

Canadian Hospital Association and Canadian Association of Medical Record Librarians. *Extension Course for Training Medical Record Personnel.* 1962.

Association canadienne des hôpitaux. *Annuaire des hôpitaux canadiens,* 1962. Toronto: 1962.

Association canadienne d'hygiène mentale. *Mental Health Facilities in Toronto.* Rapport du bureau local d'hygiène. Toronto, 1961.

Canadian Public Health Association. *Regulations. The Certificate in Sanitary Inspection. C.S.I. (C).*

Canadian Society of Laboratory Technologists. *Medical Technology, a Career with a Future.* Hamilton, 1959.

. *Approved Hospitals for Training Medical Technologists.* 1961. (Polycopié).

Committee for Survey of Hospital Needs in Metropolitan Toronto. *Active Treatment in Hospitals in Metropolitan Toronto.* Cinquième partie d'une étude par le Committee for Survey of Hospital Needs in Metropolitan Toronto. 1963.

Committee for Survey of Hospital Needs in Metropolitan Toronto, *Hospital Accommodation and Facilities for Children in Metropolitan Toronto.* Sixième partie d'une étude par le Committe for Survey of Hospital Needs in Metropolitan Toronto, 1962.

Dale, B.T., and Mumby, D.M. *A Study of Home Care Needs in Wellington County.* The Wellington County Board of Health, 1961.

Hastings, John E.F. *Report to the Toronto Labour Health Centre Organizing Committee,* 1962.

Ontario Dental Association, Ontario Dental Public Health Council. *Workshop Conference on Dental Health Services to the Public in Rural Ontario Communities.* 1962. (Polycopié).

Ontario Department of Health. *The Certified Nursing Assistant Program in the Province of Ontario.* 1961.

. Centres for Certified Nursing Assistants in Ontario under the Nursing Act. 1962.

. *Occupational Therapy Assistants' Course, Ontario Hospital Kingston.* 1961. (Polycopié).

Ontario Hospital Association. *Approved Schools of Study in Ontario* (for Dietitians, Medical Laboratory Technologists, Medical Record Librarians, Medical Social Workers, Nursing, Certified Nursing Assistants, Physical and

Occupational Therapists, Radiological Technicians). 1962.
. *A Further Proposal for Training Food Surpervisors.* 1962. (Polycopié).
. *In the Service of Others -- Hospital Careers.*
Ontario Society on Aging. *A Guide to Legislation and Services Related to the Well-being of Older People in Ontario.* 1962. (Polycopié).

Social Planning Council of Metropolitan Toronto. *Directory of Community Services, Health, Welfare, Recreation.* 1962.
. *Inventory of Rehabilitation Services in Metropolitan Toronto.* 1960. (Polycopié).
. *Report of Committee on Survey of Services for Older People in Metropolitan Toronto.* 1961. (Polycopié).
. *A Study of the Needs and Resources for Community-supported Welfare, Health, and Recreation Services in Metropolitan Toronto.* 1963, Ainsi que des documents utilisés dans cette étude.

MATIÈRES INÉDITES ET AUTRES SOURCES

Hastings, John E.F. "The Role of Voluntary Health Agencies." Allocution prononcée à l'assemblée annuelle de la Muscular Dystrophy Association of Canada. 1963. (Polycopié).
. Interviews personnelles et comptes rendus de visites au Royaume-Uni, en Norvège, en Suède, au Danemark, en U.R.S.S., en Inde, au Ceylan, et au Japon sous les auspices de l'Organisation mondiale de la santé, 1960.
. Interviews personnelles et comptes rendus de visites en vue d'étudier une catégorie spéciale de régimes de paiements anticipés aux États-Unis sous les auspices du Toronto Labour Health Centre Organizing Committee, 1961.
Mennie, W.A. *Série de notes pratiques rédigées pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé,* Ottawa. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique. 1962.
Neilson, John B. Résumé d'une allocution prononcée au Social Planning Council, section de la santé. 1961. (Polycopié).
Les données ont été fournies par les établissements et les organismes étudiés.